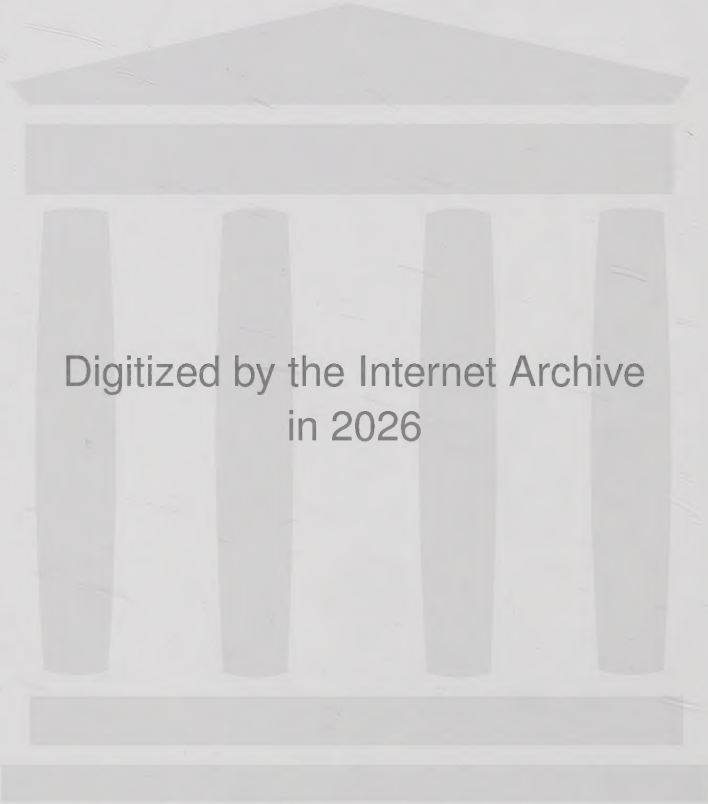


**DIE MORPHIN- UND KOKAINWELLE NACH DEM
ERSTEN WELTKRIEG IN DEUTSCHLAND UND
UND IHRE VERGLEICHBARKEIT
MIT DER HEUTIGEN DROGENWELLE**

49

Ludwig Geiger

1975



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551911_0041

Aus der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der
Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. H. H i p p i u s

DIE MORPHIN-UND KOKAINWELLE NACH DEM ERSTEN WELTKRIEG IN DEUTSCH-
LAND UND IHRE VERGLEICHBARKEIT MIT DER HEUTIGEN DROGENWELLE

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

L u d w i g G e i g e r

aus

Rottach - Egern

Jahr

1 9 7 5

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. H. Dietrich

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. H. Hippus

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 25. März 1975



INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
EINLEITUNG	5
MATERIAL UND METHODIK	5
ALLGEMEINER ÜBERBLICK	6
STATISTIK ZUR MORPHIN - UND KOKAINWELLE NACH DEM ERSTEN WELTKRIEG IN DEUTSCHLAND	8
ZUM SUCHTBEGRIFF IN DER PSYCHIATRIE ZWISCHEN 1876/1936	12
GRÜNDE FÜR DAS ENTSTEHEN DER SUCHTWELLE ZWISCHEN 1918/1930	12
1) Politische und ökonomische Aspekte	13
2) Juristische Aspekte	15
3) Iatrogene Aspekte	18
4) Soziologische Aspekte	21
5) Psychiatrische Aspekte	28
6) Experimentelle Aspekte und Thesen	34
ZUSAMMENFASSUNG DER EINZELNEN SUCHTURSACHEN	37
ÜBERBLICK ÜBER VERLAUF UND ABKLINGEN DER RAUSCHGIFTWELLE	38
GRÜNDE FÜR DAS ABKLINGEN	43
1) Politische, ökonomische und soziale Stabilisierung	43
2) Juristische, polizeiliche und medizinisch - pharma- zeutische Maßnahmen	44
THERAPIE	51
1) Somatischer Entzug	51
2) Psychische Beeinflussung	55
THERAPIEERFOLGE UND PROGNOSEN	59

	Seite
ZUSAMMENFASSUNG DER GRÜNDE FÜR DAS ABKLINGEN DER SUCHTWELLE	62
VERGLEICHBARKEIT MIT DER JETZIGEN DROGENWELLE	64
ZUM URSACHENKAPITEL	64
1) Politische und ökonomische Aspekte	64
2) Juristische Aspekte	65
3) Iatrogene Aspekte	66
4) Soziologische Aspekte	67
5) Psychiatrische Aspekte	70
ÜBERBLICK ÜBER VERLAUF UND STAND DER DERZEITIGEN DROGENWELLE	72
ZU DEN GRÜNDEN FÜR DAS ABKLINGEN DER DROGENWELLE UNTER DEN JUGENDLICHEN	73
1) Politische, soziale und ökonomische Verhältnisse	73
2) Juristische, polizeiliche und medizinisch - pharmazeutische Maßnahmen	73
ZUR THERAPIE	74
THERAPIEERFOLGE UND PROGNOSE	75
ERGEBNIS DES VERGLEICHS	76
ZUSAMMENFASSUNG	80
LITERATURVERZEICHNIS	81

E I N L E I T U N G

Die Rauschmittelabhängigkeit erweist sich in zunehmenden Masse als aktuelles Problem in der psychiatrischen Klinik und Jugendarbeit. Um eine fundierte Basis für das Verständnis dieser Problematik zu gewinnen, ist es erforderlich vergleichend auf ähnliche Bewegungen in der Vergangenheit zurückzublicken.

Es ist bekannt, daß es nach dem Ersten Weltkrieg in Deutschland zu einem Ansteigen der Rauschgiftsucht gekommen ist. Wir haben es uns zur Aufgabe gestellt, diese Rauschgiftwelle unter dem oben genannten Aspekt zu betrachten. Der Schwerpunkt der Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob man aus dem Beginn, dem Verlauf und dem Abklingen der d a m a l i g e n Welle eventuelle Gesetzmäßigkeiten erkennen und daraus Schlüsse für die g e - g e n w ä r t i g e Suchtwelle ziehen kann. Als Grundlage hierfür diente die gesamte uns erreichbare deutschsprachige und, wenn erforderlich, ausländische Literatur, einschließlich ein großes Material an Krankengeschichten.

M A T E R I A L U N D M E T H O D I K

Zunächst gingen wir daran im " Verzeichnis deutscher Hochschulschriften " der Jahre 1913 - 1948 systematisch nach den Stichworten " Cannabis, Cocain, Haschisch, Heroin, Kokain, Marihuana, Morphin, Opium, Rauschgift und Sucht " zu suchen und die darunter auffindbare Literatur mit Hilfe eines Literaturkartenverzeichnisses zu verwerten. Einige Arbeiten waren infolge des Zweiten Weltkriegs nicht mehr aufzufinden. Den Hauptanteil der Literatur erfaßten wir nach obiger Methode unter den Synonymen: " addiction, cocaine, drug - (habit), morphine, narcotic " aus dem Index - Medicus der Jahre 1918 - 38, einem Verzeichnis sämtlicher in - und ausländischer medizinischer Artikel in Fachzeitschriften. Einen weiteren Teil der Literatur konnten wir beim

Erstellen einer Literaturkartei für die Drogenberatungsstelle erschließen. Monographien fanden wir fast ausnahmslos in der Bibliothek der Universitätsnervenklinik. In beträchtlichem Umfang erhielten wir auch Material vom Bayerischen Landesamt für Statistik, vom Soziologischen Institut der Universität München und von der Bibliothek des Max - Pettenkofer - Institutes für Hygiene. Der vergleichende Abschnitt der Arbeit wurde unter Mithilfe von Dr. P. Molitor und den Unterlagen der Münchner Drogenberatungsstelle erstellt.

A L L G E M E I N E R Ü B E R B L I C K

Immer wieder in der Geschichte des Rauschgifts kann man den typischen wellenförmigen Verlauf von Suchtepidemien erkennen. Die Mittel waren im Einzelnen verschieden, das Kurvenbild blieb im Wesentlichen gleich.

Einige Beispiele:

In England entwickelte sich schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts im Gefolge der zunehmenden Kolonialisierung eine, allerdings bescheidene, "Opiumwelle" (Thomas de Quincey "Confessions of an Opium Eater" (Schadewaldt, 1971). In Frankreich kam es nach der Napoleonischen Ägyptenexpedition (1800) zu einer ersten "Haschischwelle" (Braun, 1968).

In den USA folgte dem Bürgerkrieg eine "Morphinwelle", und um 1950 erreichte eine "Haschischwelle", die von Mexiko ausging ihren Höhepunkt. 1960 begann eine "LSD-Welle" an den amerikanischen Universitäten, deren Ende noch nicht abzusehen ist. Japan erlebte in den fünfziger Jahren eine gewaltige "Amphetaminwelle" (Braun, 1968). Deutschland mußte nach dem Krieg von 1870/71

eine " Morphin - und Ätherwelle " über sich ergehen lassen, und um 1900 flackerte kurz ein " Kokainwellchen " auf. Dann allerdings entwickelte sich um das Ende des Ersten Weltkriegs eine Rauschgiftwelle mit größter Heftigkeit, die in ihren Ausmaßen der unseren ähnelt:

Schon beim Zusammensuchen und erst recht beim genaueren Lesen der Literatur zeigte sich, daß nur z w e i Suchtmittel - abgesehen vom Alkohol - den Rauschgiftmarkt um diese Zeit beherrschten: M o r p h i n und K o k a i n.

Vorweg kurz ein historischer Überblick:

Die Opiatsucht ist sehr alt. Aus China hat sie ihren Weg über Ägypten und Mesopotamien nach Europa gefunden. Ein bedeutsames Problem wurde sie aber durch das Aufkommen des Morphinismus. Erst, nachdem aus Opium das Alkaloid Morphin isoliert worden war, und Wood 1855 gelehrt hatte, es durch subcutanes Spritzen leicht und in hohen Dosen zu verabfolgen, kam es zur Verbreitung. Die Sucht als solche wurde zuerst 1868 von Horace Day in New York, dann von Lähr 1872 und Fiedler 1874 in Berlin als Psychose beschrieben. Von L e v i n s t e i n wurde 1876 der Name " Morphiumsucht " geprägt. Er veröffentlichte 1879 ein Buch. E r - l e n n e y e r brachte 1883 ein ähnlich gehaltenes Buch auf den Markt. Obwohl die Morphiumsucht in Europa nie die Ausmaße wie im Orient und in den USA angenommen hat, wurde sie auch für die europäischen Länder derart zum Problem, daß 1912 60 Staaten im internationalen Haager Opiumabkommen beschlossen, den Kampf gegen die Morphinsucht aufzunehmen.

Die Geschichte des Kokainismus nahm in Südamerika ihren Ausgang ("Coca-Kauer"). Als einer der ersten propagierte 1859 der Italiener Mantegazza die Kokapflanze, die er bei den peruanischen Indianern entdeckt hatte, in Europa. 1860 isolierte Nie-man das Kokain. 1878 kamen Bentley und andere in den USA auf die unselige Idee, den Morphinismus durch Substitution mit Kokain zu " heilen ". Diese Methode wurde auch in Deutschland, u.a. 1884 von Freud empfohlen, der in zahlreichen Selbstversuchen experimentelle Studien über Kokainwirkung anstellte. Die Morphin-

isten wurden kokainsüchtig. 1885 warnten Hammond und Lere in den USA, Lewin und Erlenmeyer in Deutschland vor dieser " Substitutionstherapie ". Durch Koller fand das Kokain als Lokalanästhetikum breiten Eingang in der Medizin. Nach 1900 wurde das Kokainschnupfen mehr und mehr Mode. Vor 1914 waren die Hauptzentren vor allem in Indien, den USA und Paris (Ackerknecht (1970), Brau (1968), Lewin (1927), Maier (1926), Schadewaldt (1971)).

STATISTIK ZUR MORPHIN-UND KOKAINWELLE NACH DEM ERSTEN WELTKRIEG IN DEUTSCHLAND

Einen ersten groben Anhalt über das Ansteigen und die Ausmaße dieser beiden Süchte nach dem Ersten Weltkrieg gibt das Statistische Jahrbuch für das Deutsche Reich (1911 - 1938).

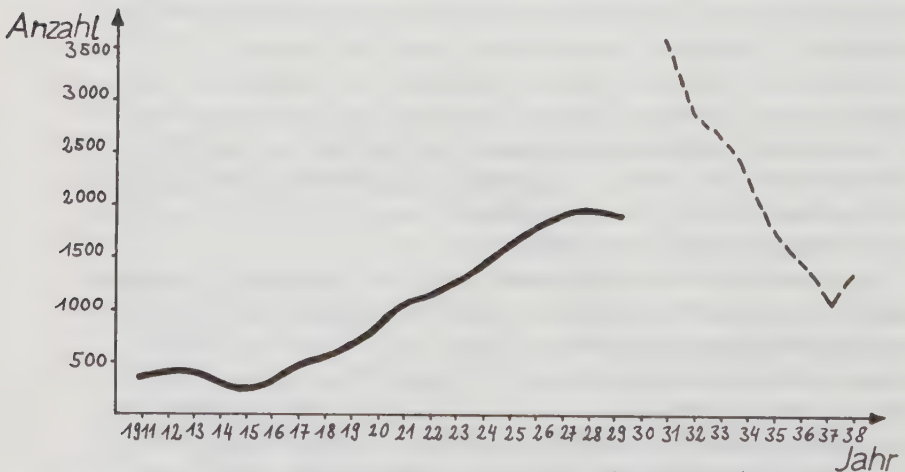


Abb.1: Verlauf der Rauschmittelsuchtwellen (1911-1938), ausgedrückt in Absolutzahlen der in deutschen Heilanstalten behandelten " Morphinisten und anderen narkotischen Vergiftungen." Nach 1930 sind die Alkoholiker miteingeschlossen (---) (Nach Angaben der Statistiken der Statistischen Jahrbücher 1911 - 1938)

Problematisch erscheinen diese Angaben nach 1930, da die statistischen Erhebungen der folgenden Jahre in Jahrbüchern erscheinen, die bereits in die Zeit des 3. Reiches fallen. Der Rückgang ist so abrupt, zumal nach 1930 zu den Morphin- und Kokainsüchtigen auch noch die Alkoholiker mitgezählt werden, daß eine ideologisch bedingte propagandistische Manipulation nicht ausgeschlossen erscheint.

Ebenso zeigt eine Statistik über die Verurteilungen nach § 11 (1917) " Verbotswidriger Handel mit Arzneimitteln " einen deutlichen Gipfel um 1920 (Kriminalstatistik für die Jahre 1917 - 1923).

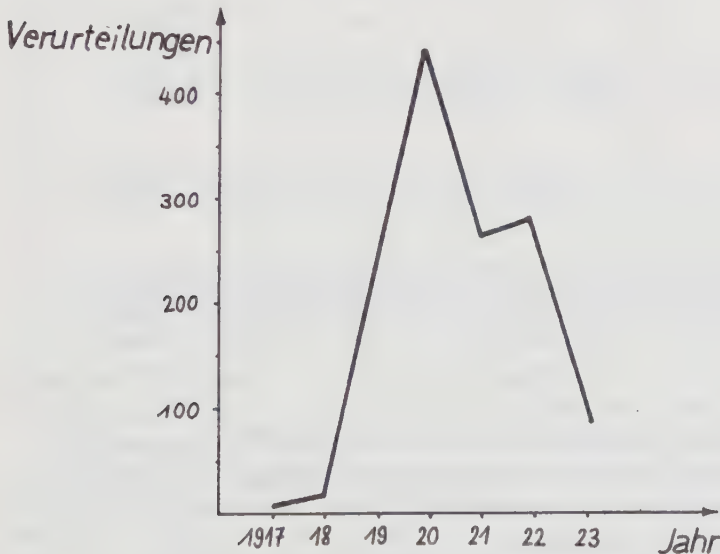


Abb.2: Zahl der Verurteilungen nach § 279a(StGB), " Verbotswidriger Handel mit Arzneimitteln ", von 1917 - 1923.
(1924 aufgehoben)(Kurve nach den Zahlen der Kriminalstatistik für die Jahre 1917-23)

Exaktere Zahlen über den Suchtanstieg erfahren wir von den einzelnen Autoren (Tab.1):

Autor	Ort	Zeitraum	Anstieg	Suchtmittel
B o n - h o e f f e r	Berlin (Charité)	1913-1922	4-fach	Morphin u. Kokain
K a h n, M e y e r	Königs- berg	1914-1922	4-fach	Morphin u. Kokain
S c h a l - l e r	Berlin (St. Joseph)	1910-1924	5 1/2-fach	Morphin
S p i e - g e l	München	1912-1923	5 1/2-fach	Morphin u. Kokain
J a k o b	Düssel- dorf	1910-1924	8-fach	Morphin

Tab.1: Vervielfachung der Aufnahmen von Morphinisten und / oder Kokainisten im angegebenen Zeitraum (Berechnet nach dem prozentualen Anteil an den Gesamtaufnahmen).

Das besonders hohe Ergebnis von J a k o b (1926) ist auf die starke Betonung der Morphinistenbehandlung an der privaten Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg, wo die Untersuchung angestellt wurde, zurückzuführen. Die anderen Werte stammen aus allgemeinen Nervenkliniken.

Die Untersuchung von S p i e g e l (1937) an der Münchner Nerven-
klinik erscheint uns repräsentativ und sei deshalb wiederge-
geben (Abb.3):

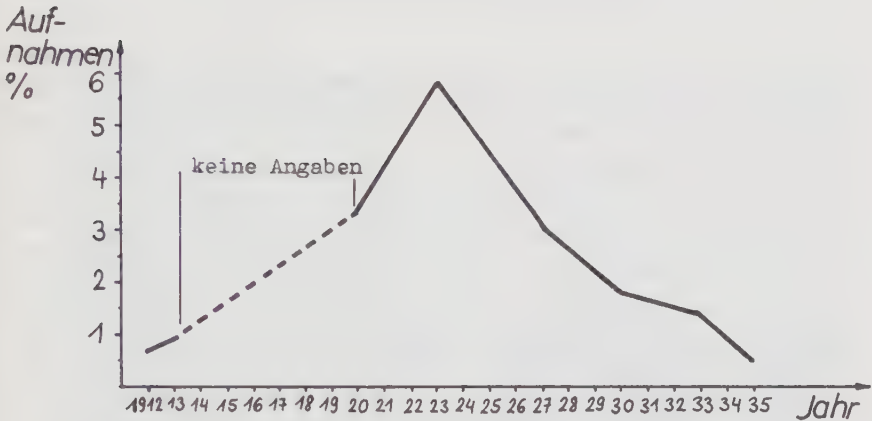


Abb.3: Prozentzahlen der Aufnahmen von Morphin - und Kokainsüchtigen (Q+O²) berechnet auf die Gesamtzahl der Klinikaufnahmen in den Jahren 1912 - 1935.

In absoluten Zahlen gesehen zeigt sich der Suchtanstieg noch drastischer. So nahm man 1912 an der Münchner Klinik 5 Morphin- oder Kokainsüchtige auf, 1922 erreichte man einen Höhepunkt mit 52 Aufnahmen.

Aber auch im Ausland wurde im gleichen Zeitraum eine Suchtwelle registriert: Vor allem in den USA hatte der Opiatmißbrauch gewaltig zugenommen; so soll in den Jahren 1918 bis 1921 die Zahl der Gefangenen im New Yorker Staatsgefängnis, die wegen unerlaubten Opiumgenusses eingeliefert wurden, um 789% zugenommen haben (L e w i n). In Europa waren neben Deutschland vor allem Frankreich (C o u r t o i s - S u f f i t, G i r o u x, 1923) und Italien (M a i e r, 1926) stark vom Kokainismus betroffen. Ge-

naue Zahlen darüber sind nicht angegeben. Auch England blieb, wenn auch in geringerem Maß, nicht verschont (A d a m s, 1936).

ZUM SUCHTBEGRIFF IN DER PSYCHIATRIE ZWISCHEN 1876 UND 1936

Wie kürzlich von A c k e r k n e c h t (1971) nachgewiesen wurde, kam der Begriff der " Sucht " als eigenständiger medizinischer Terminus zu Beginn des 19. Jahrhunderts auf. Zuerst von C. von Brühl - Cramer auf den Alkoholismus angewandt, prägt L e v i n s t e i n 1876 den Begriff der " Morphinsucht " als selbstständiges Krankheitsbild. Er definiert ihn als " Leidenschaft des Individuums " nach Morphin. (S c h a d e w a l d t, 1971; J u e s t e n, 1922). L e w i n formuliert ihn 1927 als " Zustand, in dem Menschen ohne schweres, unheilbares körperliches Leid dazu veranlaßt werden, suchtartig, gewohnheitsmäßig Opium, Morphin oder ähnliche Stoffe zu nehmen, um dadurch angenehme, lustartige Gehirnwirkungen zu erzielen..." Während bei den meisten Autoren der Zwanziger Jahre die Begriffe " Gewöhnung " und " Sucht " noch alternativ gebraucht sind, z.B. bei W o l f f (1927) und anderen, definiert Kurt S c h n e i d e r (1933) die Sucht: " Wenn ein Mensch sich an ein Genußmittel so gewöhnt hat, daß sein Ausbleiben zu subjektiv unangenehmen oder gar objektiven körperlichen Erscheinungen führt." Ergänzend dazu bezeichnet G u t s c h m i d t (1936) die " Gewöhnung " als " rein physiologisch ", etwa Vermehrung abbauender Fermente, während er die " Sucht " als " rein psychisch " betrachtet. „Bei Mitteln mit euphorisierender Wirkung gehen beide nebeneinander her.“

GRÜNDE FÜR DAS ENTSTEHEN DER SUCHT- WELLE ZWISCHEN 1918 UND 1930

1. Politische und ökonomische Aspekte

Häufig sind in der Geschichte der Rauschgiftsuchten gewisse Gesetzmäßigkeiten zu finden, die u.a. auch politische Spannungen widerspiegeln.

B r a u (1968) spricht von " toxischen Epidemien ". So z.B. kam es nach dem Krieg 1870/71 zu einer " Ätherwelle " in Deutschland. Weitere Rauschmittelwellen gab es, außer der hier untersuchten, auch in den USA z. Zt. der Finanzkrise (1929) und in Frankreich während der Volksfront (1936). Rückblickend sieht B r a u darin eine Flucht vor der politischen Verantwortung und zitiert Roger Vaillant: "...weil es soviel leichter war, sechs Pfeifen zu rauchen, als Franco zu hindern, in Madrid einzumarschieren."

Die politische Grundlage für die Morphin -und Kokainwelle in den frühen Zwanziger Jahren läßt sich in drei Abschnitte gliedern: unmittelbare Vorkriegszeit, Kriegszeit und Nachkriegszeit.

Die fortwährenden Krisen in ganz Europa, die außenpolitischen Spannungen Deutschlands und die ständige Furcht vor dem Weltkrieg führten zu einer psychischen Zermürbung. Eine fatalistische Stimmung hatte sich bereits am Vorabend des Ersten Weltkriegs breitgemacht (J u n g, 1955).

Im Krieg führte die Begegnung des deutschen Heeres mit den Gepflogenheiten anderer Völker, z.B. den Balkanstaaten, oftmals zum ersten Kontakt mit dem Suchtmittel (G l a s e r f e l d, 1920). Russische Gefangene, die in deutschen Freikorps Dienst taten, trugen zur Verbreitung des Kokainmißbrauchs bei (J o e l und F r ä n k e l, 1924). Aber auch deutsche Fliegeroffiziere, die zur psychischen Stärkung bei Feindflügen Kokain schnupften, erwiesen sich als " Infektionsherde "(L a t t a u, 1925). Nicht zu-

Letzt erwies sich die leichte und gute Verdienstmöglichkeit mit Rauschmitteln zu Hause und an der Front als ausbreitungsfördernd (J o e l und F r ä n k e l, 1924).

Nach dem Krieg wurden die Sanitätsdepots aufgelöst, riesige Mengen von Morphin und Kokain gerieten unkontrolliert unter eine Bevölkerung, die vom Krieg erschöpft und deren Rauschbedürfnis " vergrößert " war. Inflation, Arbeitslosigkeit und Alkoholknappheit führten zu gesteigerter Genußgier und Betäubungsmittelsucht (J o e l und F r ä n k e l; M a i e r, 1926). Parallel zu den Süchtigen stieg auch die Selbstmordrate (F l a i g, 1925).

Das schnelle Anwachsen von moderner Industrie und Verkehr, die ja gerade anfangs der Zwanziger Jahre gewaltige Fortschritte machten, schaffte weitere Voraussetzungen für die Suchtausbreitung.

Der rasch zunehmende Handelsverkehr, besonders mit dem Nahen, Mittleren und Fernen Osten (z.B. Japanische Handelsverträge) führte, neben den üblichen Handelswaren, zur Einfuhr großer Mengen von Rohopium und Kokablättern. Z.B. importierte Deutschland 1924 allein aus der Türkei 54539 kg Opium und lag damit nach Holland und Frankreich an dritter Stelle - wobei zu beachten ist, daß Deutschland noch zusätzlich aus Holland bezog (R e d l i c h, 1929). Die Kokaplantagen von Java und Madura überschütteten den Kokainmarkt in Europa, Japan und Nordamerika förmlich mit ihren Produkten, daß sie sogar Südamerika vom Weltmarkt verdrängten. So exportierte Java allein 1922 über 1250 t getrocknete Kokablätter (M a i e r, 1926). Ähnlich wie bei den Soldaten führten auch die Kontakte der Kauf- und Seeleute im Ausland zum Austausch von " Kulturgütern " auf dem Gebiet des Rauschgifts. (R e d l i c h).

Die chemisch - pharmazeutische Industrie, die während des Kriegs zunächst nur in den neutralen Ländern Schweiz und Holland aufgeblüht war und mit großen Mengen Kokain und Morphin den

legalen und illegalen Markt in Europa versorgte, erlebte nach dem Krieg in Deutschland einen großen Aufschwung. Bereits 1921 lag Deutschland mit einer Jahresproduktion von 8620 kg Morphin und Morphinsalz klar vor Japan (5219 kg) und Großbritannien (4189 kg) und wurde lediglich von den USA mit 9120 kg übertroffen. Aber schon 1926 übernahm Deutschland mit 20700 kg vor Großbritannien (5762 kg), den USA (2938 kg) und Japan (825 kg) die Spitze. Wie groß die den Süchtigen zur Verfügung stehenden Mengen gewesen sein müssen, zeigt zum Beispiel, daß 1922 die Weltproduktion von Kokain hundertmal so groß gewesen ist wie der medizinische und wissenschaftliche Bedarf (R e d l i c h).

Dadurch waren dem Rauschgiftmarkt Tür und Tor geöffnet, während frühere Wellen oft aus Mangel an Nachschub wieder spontan zurückgingen. Ein Beispiel stellt die kleine Haschischwelle dar, die aus Ägypten zurückgekehrten Soldaten Napoleons verursachten. Mangels Material zog sie nur kleine Kreise, führte aber immerhin zur "schöngeistigen" Haschischliteratur (Dumas, Gautier, Baudelaire)(S c h a d e w a l d t, 1971).

2. Juristische Aspekte

Als Deutschland 1912 gemeinsam mit 59 anderen Staaten in Den Haag das erste Opiumabkommen unterzeichnete, das den öffentlichen Handel mit Kokain, Morphin und Opium für ungesetzlich erklärte, war man sich der innenpolitischen Konsequenzen dieses Aktes noch nicht recht bewußt. Das Suchtproblem zeigte sich in Deutschland nicht so bedeutend, zumal sich die außenpolitische Situation wesentlich drohender abzeichnete. Deshalb erwog man auch keine eigenen gesetzlichen Maßnahmen und Beschlüsse im Kampf gegen das Rauschgift. F e u e r s t e i n (1935) nimmt dazu in einer Antwort auf einen Artikel von T h o m a s (1935), der von einer "unbegreiflichen Vernachlässigung seitens des Gesetzgebers auf diesem Gebiet der Deutschen Rechtspflege" spricht, Stellung: "...so ist daran zu erinnern, daß bei den

Beratungen zum BGB die Rauschgiftsuchten, außer der berücksichtigten Trunksucht, für Deutschland praktisch bedeutungslos waren, und daß in der Nachkriegszeit, der Zeit des starken Anschwellens, insbesondere der Alkaloidsuchten, die parlamentarische Gesetzgebungsmaschinerie sich auch auf diesem Gebiet in ihrer ganzen Schwerfälligkeit auswirkte."

Wie unvorbereitet man direkt nach dem Krieg auf die Suchtwelle war, drückt sich auch darin aus, daß man selbst eindeutige Verstöße gegen das Opiumgesetz mangels polizeilicher Organisation nur selten verfolgte (F l a i g, 1935).

Auch die pharmazeutisch - juristische Problematik zeigte sich zunächst als ungelöst und trug wesentlich zur weiteren Ausbreitung der beiden Suchten bei. So wurden ohne klinische Testung auf suchterzeugende Wirkung zahlreiche Medikamente, insbesondere Hustenmittel, mit Morphin - und sogar Heroinzusatz auf den Markt gebracht (H e c h t, 1923). Noch 1925 wurde das TRIVALIN, das Morphin und Kokain enthält, als Spezialität verkauft (L e w i n, 1927). Die zahlreichen Lücken und die geringe Flexibilität der Opiumgesetzgebung ermöglichten das Umsteigen auf neue Präparate, die nicht gesetzlich fixiert waren, z.B. Acedicon, Dionin und Kodein (F.M.M e y e r, 1933).

Ein Teil der Schuld am Rauschmittelmisbrauch traf die Pharmazeutische Industrie selbst. Neben der ungenügenden Information für den praktischen Arzt über suchterzeugende Mittel, machte sie sich in einigen Fällen vor allem der bewußten Irreführung schuldig. So z.B. stellte das EUMECON, das als " Mittel zur Behandlung des Morphinismus " von einer Firma angepriesen wurde, eine zweiprozentige Morphinlösung mit unwesentlichen Zusätzen dar (J o e l und F r ä n k e l, 1924).

Unter dem Deckmantel der Pharmazeutischen Industrie tauchten aber auch einige unseriöse Hinterhoffirmen auf, die sich ein gutes Geschäft mit suchtmachenden Mitteln versprachen.

Die Werbung solcher "Laboratorien" zeigte sich recht eindeutig. Typisch ist eine französische Werbeschrift der Zwanziger Jahre, die B r a u (1968) aus dem Buch " Secrets de la drogue " von Jean Susini zitiert: " Verlieren Sie keine Zeit. Seien Sie glücklich. Wenn Sie pessimistisch sind oder niedergeschlagen, schreiben Sie noch heute an X..., und man wird Ihnen ein Alkaloid schicken, das Ihnen umgehend Leiden ersparen kann." Die Adressaten waren bekannte Kokainsüchtige.

Das Hauptproblem in juristischer Hinsicht stellte der illegale Vertrieb und der Rauschgiftschmuggel dar. Wie leicht die illegale Beschaffung von Kokain in Berlin nach Kriegsende war, wissen wir von G l a s e r f e l d (1920): Gewissenlose Drogenhändler verkauften das Kokain bis zum achtfachen Apothekenpreis, wobei sie es häufig noch mit heimlichen Zusätzen von Borsäure oder Novocain streckten; jederzeit konnte man von Portiers, Kellnerinnen und Straßenverkäuferinnen Ein - bis Sechs - Gramm - Päckchen kaufen.

1927 stellen J o e l und F r ä n k e l in einer Untersuchung an 600 Süchtigen der " Fürsorgestelle für Giftsüchtige " in Berlin fest, daß über 50 Prozent sich die Betäubungsmittel auf illegalem Weg beschafft hatten. Als häufigste Arten finden sie:

a) Mißstände in den Apotheken:

" Dauerrezepte ", keine Echtheitskontrolle, rezeptfreie Abgabe.

b) Rezeptfälschungen:

Oft ließen sich die Patienten die Rezeptformulare selbst drucken und füllten sie aus.

c) Rezeptkauf:

In Nachtasylen und Verbrecherkneipen konnte man Rezepte kaufen.

d) Sog. Rezept - Doktoren:

Als Beispiel wird ein Arzt angeführt, der in fünf Monaten 3000 Rezepte über drei Kilogramm Kokain an " Koks "-Schnup-

fer ausgestellt hat.

e) Schleichhandel:

Internationale Ringe, Schmuggler.

f) Winkelambulatorien für Giftsüchtige:

Händler injizierten ihren Kunden das Morphin selbst, wobei die den meisten Zulauf hatten, die am besten spritzten.

Nach R e d l i c h (1929) waren es sogar über 90 Prozent, die ihr Rauschgift durch den illegalen Handel bezogen. Besondere Bedeutung hatte seiner Ansicht nach die Verführung Jugendlicher durch den Kokainhandel. So z.B. verteilte man an Gymnasiasten und Studenten Gratisproben von Kokain und erzielte damit "gute Erfolge". Für die weitere Verführung von Mitschülern und Kommilitonen setzte man Prämien aus.

Mitte der Zwanziger Jahre geriet das "Geschäft mit dem Rauschgift" immer mehr in die Hände internationaler Schmugglerringe (L e h m a n n, 1927): Gewiegte Spezialisten, deren Tricks fast unerschöpflich schienen, schmuggelten in ausgehöhlten Grabsteinen, Fahrradrahmen usw. Häufig saßen Bandenmitglieder im diplomatischen Dienst. Durch die geringe internationale Zusammenarbeit der Polizei, durch Vorschriften des Diplomatischen Verkehrs und die schlechte nationale gesundheitspolizeiliche Organisation waren der Kriminalpolizei oftmals die Hände gebunden.

3. I a t r o g e n e A s p e k t e

Nachdem der iatrogene Einfluß bei der Morphinismuswelle um 1870 durch die Einführung der subcutanen Morphininjektion schon recht deutlich geworden war ("ohne Ärzte kein Morphinismus", K r a e p e l i n, 1909), trat er klar beim sog. "Substitutionskokainismus" am Ende des 19. Jahrhunderts hervor. Man hatte versucht Morphinsüchtige durch Gaben von Kokain und zum Teil Heroin zu "heilen".

Auch bei der Morphin- und Kokainwelle nach dem Ersten Weltkrieg kamen iatrogene Einflüsse stark zum Tragen. Jedoch

liegen sie hier vielschichtiger.

Viele der Süchtigen, fast ausschließlich Morphinisten, sind als Verwundete in den Feldlazaretten zum ersten Mal mit ihrem Suchtmittel in Berührung gekommen: " Trotz aller Warnungen wurde vielfach jedem Verwundeten... eine Spritze gegeben " (K a h n, 1920). Der Morphinmißbrauch im Krieg " bei Versagen der physischen und psychischen Kräfte wurde zur Arbeitsdomäne des Sanitätspersonals " (E. M e y e r, 1924). Denn häufig überließen die Stabsärzte die Indikationsstellung für die Morphinspritze dem " Sanitätsunterpersonal ", ohne sich der Verantwortung und Gefahr bewußt zu werden oder bewußt sein zu wollen. Schließlich kam es soweit, daß man nicht nur Verwundeten Morphin injizierte, sondern auch " Nervösen, Hysterischen, Erregten und Erschöpften " (K a h n). Nach Kriegsende bildete das ins Zivilleben zurückkehrende, vielfach selbst süchtige Sanitätspersonal neue Ansteckungsherde (K a u f f m a n n, 1924).

Wie sehr die Ärzte auch nach dem Krieg an der weiteren Suchtausbreitung beteiligt waren, bestätigt eine 1931 veröffentlichte Fragebogenaktion von D a n s a u e r und R i e t h: Man hatte sämtliche in Deutschland registrierten morphinsüchtigen Kriegsbeschädigten angeschrieben und konnte über zwei Drittel der Fälle (647) auswerten. U.a. kam man zu dem Ergebnis, daß in der " großen Mehrzahl der Fälle die ärztliche Verschreibung die Gelegenheitsursache für die Entwicklung des chronischen Morphinismus der Kriegsbeschädigten gebildet oder seine Unterhaltung gefördert oder auch sein Wiederaufkommen nach gelungener Entziehung begünstigt hat. " Ausschlaggebend war häufig das Unwissen über die suchterzeugende Wirkung des Kokains und Morphins bei den meisten praktizierenden Ärzten. So zitiert M a i e r (1926) z.B. Leudesdorf, der 14 Jahre nach den schlechten Erfahrungen mit der Substitutionstherapie in der " Zeitschrift für praktische Ärzte " einen " Infus frischer Kokablätter " als bestes Mittel bei der Alkoholentziehung, bei arteriosklerotischen Beschwerden und zur Abgewöhnung des Rau-

chens empfiehlt. K a h n (1920) gibt den Ärzten die Hauptschuld für die starke Zunahme des Morphinismus: " Viele Ärzte scheinen sich nicht die geringste Vorstellung davon zu machen, daß es sich hier nicht um Lebertran oder Rizinusöl handelt, sondern daß sie den Kranken - vielleicht mit den besten Absichten, oft auch nur aus Bequemlichkeit-in einen Abgrund stürzen." Der Grund für die Unkenntnis war auf die unzulängliche medizinische Ausbildung an den Universitäten auf diesem Gebiet zurückzuführen (S c h m i t z, 1924).

Von daher war es nicht verwunderlich, daß der ärztliche Indikationsbereich, speziell für Morphin, fast sämtliche medizinische Gebiete berührte. Bei einer Untersuchung von 157 Morphinisten an der Berliner Heilanstalt Dr. Edel über den Zeitraum von 1902 - 1921 stellt L a d e m a n n (1922) fest, daß die ärztliche Indikation für Morphin viel zu weit gesteckt sei. Bei knapp 60 Prozent findet er ein körperliches Leiden als Anlaß für die erste Morphingabe durch den Arzt. Die Aufschlüsselung nach Krankheiten zeigt ein breites Spektrum (Tab.2). Bei den restlichen 40 Prozent war die Suchtursache rein psychisch bedingt.

Krankheiten	Zahl d. Pat.
Akute schmerzhaft ^e Ver- letzungen, Operationen (einschl. Kriegsbeschäd.)	30
Herzleiden, Asthma, Lun- gentbc	25
Darm-, Magen-, Leber-oder Nierenleiden	21
Neuralgien oder Rheuma	15
Tabes	2
Ruhr	1
Lungenentzündung	1
	Gesamt: 95

Tab.2: Häufig angewandte Indikationen für Morphin bei körperlichen Leiden, aufgeschlüsselt nach Diagnosen (L a d e - m a n n)

Darüberhinaus wurde häufig auch bei Erkältungen, Migräne und in der Geburtshilfe Morphin indiziert (F.M.M e y e r, 1934). Besonders beliebt unter den frei praktizierenden Nervenärzten war die Verordnung von Morphintropfen bei "nervösen Beschwerden und Schlaflosigkeit" (W o l f f, 1927). Aber auch in einer großen, nicht namentlich genannten, psychiatrischen Anstalt war es üblich, Manikern, Schizophrenen und Hysterikern mit Anfällen, Morphin zur Beruhigung zu injizieren (L a d e m a n n).

Beim Kokainismus schien sich der direkte iatrogene Einfluß weniger bemerkbar zu machen (J o e l und F r ä n k e l, 1924). Die beiden Autoren berichten von einem "geringen Prozentsatz unvorsichtiger Ärzte", die an Patienten mit Heuschnupfen, bestimmten Nasenaffektionen oder mit Raucherkatarrh das Kokain zu beliebig wiederholbarem Gebrauch abgegeben hatten. L e w i n (1927) erzählt anekdotenhaft die Geschichte eines Kokainsüchtigen, dem der Zahnarzt wegen einer Gesichtsneuralgie eine mit 15-prozentiger Kokainlösung getränkte Watte in seine kariösen Zähne gestopft hatte. Das brachte den Patienten auf die Idee, von nun an seine Zahnhöhlen als "Pfropfenkammern" zu benutzen, von denen aus das Kokain besser ins Blut ging als durch die Nasenschleimhaut.

4. S o z i o l o g i s c h e A s p e k t e

Bedingt durch die Komplexität der soziologischen Problematik wurden einige Punkte schon in den vorigen Kapiteln behandelt, z.B. die gesellschaftlichen Bedingungen, die der Krieg schuf. Einiges davon wird auch erst im nächsten Kapitel bei den psychologischen Gründen zur Sprache kommen. Wie wichtig der soziologische Aspekt in der Betrachtung der Rauschmittelsuchten heute eingeschätzt wird, kommt in einem Ausspruch von B r a u (1968) zur Geltung: "Wenn man eine Rationalisierung der Tabus durch

soziologische oder kulturelle Argumente verweigert, bleiben die Probleme, die das Rauschgift stellt, bestehen." Daß diese Auffassung gar nicht so modern ist, wie es zunächst anmutet, zeigen die Untersuchungen einiger Autoren der Zwanziger Jahre.

Vor allem waren es zwei Punkte in der soziologischen Betrachtung der Nachkriegssucht, auf die wiederholt E. M e y e r (1924), B o n h o e f f e r (1926), S i o l i (1926) und später R i e c h e r t (1931) aufmerksam machen:

- a) Das Eindringen der Sucht in alle Volksschichten, speziell auch die unteren, während in der Vorkriegszeit hauptsächlich Medizinalpersonen betroffen waren.
- b) Der große Anteil der Jugend an der Suchtwelle.

zu a): In einer Statistik, die alle Länder des Deutschen Reiches einschloß, wurde der Anteil der " Ärzte und verwandten Berufe " an den Morphinistenziffern vor dem Ersten Weltkrieg mit 50,4 Prozent angegeben (R e d l i c h, 1929). Während der Nachkriegssuchtwelle war der relative Prozentsatz der Heilberufe an den Gesamtberufen der Morphinisten ca. 27 Prozent (Tab.3).

Autor	Ort der Untersuchung	Anteil der Heilberufe (%)
B o n h o e f f e r (1926)	Berlin	25
J a k o b (1926)	Bonn	33
S c h w a r z (1927)	Berlin	30
S i o l i (1926)	Düsseldorf	20
S p i e g e l (1937)	München	27
Durchschnitt		27

Tab.3: Prozentualer Anteil der Heilberufe unter den Gesamtberufen der Morphinisten während der Nachkriegssuchtwelle

Nach der übereinstimmenden Meinung der Untersucher bedeutete dies, in absoluten Zahlen gesehen, nicht etwa eine Abnahme der Morphinisten unter den Medizinalberufen, sondern eine unverhältnismäßig starke Zunahme des Süchtigenanteils der übrigen Berufe.

Genaue Daten über die Anteile der einzelnen Berufssparten der Morphinisten zwischen 1925 und 1935 wurden in der Münchner Nervenlinik zusammengestellt (Tab.4). (S p i e g e l, 1936).

Beruf	Anteil (%)
Mediz.Berufe	27
Kaufleute	15
Handwerker	12
Künstler	8
kleine Beamte	7
Landwirte	4
Arbeiter	3
Verschiedene	17
ohne Beruf	7
—	—
Gesamt	100

Tab.4:Prozentualer Anteil der Berufe der Morphinisten an der Münchner Nervenlinik (1925-1935).

Die Tabelle erlaubt keine genauen Schlußfolgerungen über die Betonung bestimmter Berufe (ausgenommen des Medizinalbereiches), da vergleichende Zahlen der Berufsanteile unter der Gesamtbevölkerung fehlen. Allerdings zeigt sich der Mittelstand stark betroffen (Kaufleute, Handwerker, kleine Beamte). Eine ähnliche Beobachtung macht 1922 auch L a d e m a n n, der in Berlin 157 Morphinisten untersucht hatte: Vor dem Krieg waren die Handwerker mit 3, nach dem Krieg mit 17 Prozent beteiligt.

Das Morphin hatte sich also mehr in den Kreisen des Mittelstandes, der höheren, gebildeten Schicht und der Ärzteschaft aus-

gebreitet (B ö r g e r, 1948).

Obwohl über die Kokainisten statistische Berufsaufschlüsselungen fehlen, ist durch die genauen Angaben einiger Autoren die gesellschaftliche Aufgliederung ersichtlich: Während der Kokainismus vor 1910 in Zentraleuropa mehr auf einzelne Kreise der großstädtischen Künstlerviertel, in Deutschland z.B. München und Berlin, und auf einige Ärzte und Apotheker beschränkt war, fand er nach dem Krieg Eingang in alle Klassen der Bevölkerung, bevorzugt aber in die unbemittelten und besonders auch unter die Schüler (M a i e r, 1926). Deswegen wurde das Kokain auch als " Gift der armen Leute " bezeichnet (J o e l, 1923). Bei ihren Untersuchungen stellen J o e l und F r ä n k e l 1924 fest daß die soziologische Struktur innerhalb der Gruppe der Kokainisten relativ einheitlich sei; meist handle es sich um Personen, die dem geregelten Erwerbsleben fern stehen: " Müßiggänger aus der literarischen und artistischen Bohème, Spieler, Sportinteressenten, Angehörige der eleganten und der proletarischen Prostitution, Schieber und Schleichhändler, Söldner, Filmstatisten, Kellner, Portiers, Hotelpagen, Kuppler, Zuhälter, Gelegenheitsarbeiter, aber auch sehr viele Halbwüchsige, die unverschuldet arbeitslos sind."

Ähnliche Verhältnisse beschreiben C o u r t o i s - S u f f i t, G i r o u x 1921 für F r a n k r e i c h.

In E n g l a n d findet A d a m s (1936) für die gleiche Zeit ein enormes Anwachsen des Kokainismus " insbesondere bei der werktätigen Klasse."

zu b): Wie sehr die Jugend von der Suchtwelle betroffen war, zeigen die Zahlen über das Alter zu Beginn der individuellen Suchtentstehung: Lag das Durchschnittsalter vor dem Krieg in Deutschland noch bei 35 Jahren, so fiel es in der Nachkriegsperiode auf 25 Jahre ab (R e d l i c h, 1929; R i e c h e r t, 1931). Genaue Prozentzahlen über die altersmäßige Verteilung von Kokainisten und Morphinisten gibt Tab.5 wieder.

Autor	vor 20J.	20-30J.	30-40J.	40-50J	50J.
E.Meyer, 1924 (Königsberg)	8,8%	44,8%	30,6%	9,6%	6,2%
S i o l i, 1926 (Düsseldorf)	23%	47%	23%	7%	
S c h w a r z, 1927 (Berlin)	19%	55%	17%	6%	3%
S p i e g e l, 1936 (München)	10%	47%	29%	14%	10%
H e r z i g, 1925 (Wien)	25,2%	41,8%	19,8%	5,4%	7,8%

Tab.5: Altersmäßige Verteilung der Morphin - und Kokainsüchtigen nach dem Ersten Weltkrieg.

Die relativ zu den anderen Autoren niedrigen Angaben unter der Rubrik " vor 20J. " sind bei E.Meyer auf die hohe Behandlungsrate von morphinistischen Kriegsheimkehrern, bei S p i e g e l auf den späten Zeitpunkt seiner Untersuchungen (1925-1935) zurückzuführen, da sich teilweise schon wieder Vorkriegsverhältnisse abgezeichnet hatten.

Den hohen Anteil der Jugend führt S p i e g e l allgemein auf die besonderen gesellschaftlichen und psychologischen Schwierigkeiten zurück, die gerade dieser Altersgruppe in Hinsicht auf Berufsausbildung, Eheschließung und Familiengründung erwachsen.

Auf Grund einer Fragebogenaktion an sämtlichen deutschen und einigen österreichischen und schweizer Kliniken findet W o l f f (1928), daß die Kokainisten in der Regel jünger als die Morphinisten sind: 50% der Kokainisten seien im Alter von 16-25 Jahren, während die Morphinisten dieser Altersklasse etwa 25% ausmachten.

Ein weiterer soziologisch bedeutender Aspekt ergibt sich bei der Betrachtung des Verhältnisses der Geschlechter zueinander. Wie für 1923/24 im Parlament festgestellt wurde, traf auf drei morphin - oder kokainsüchtige Männer eine süchtige Frau (W o l f f, 1928). Zum gleichen Ergebnis kommen auch E. M e y e r (1924), J a k o b (1926), R i e c h e r t (1931), S c h w a r z (1932) und S p i e g e l (1936) speziell für die Morphinisten. Interessanterweise war das Verhältnis - wie S p i e g e l feststellt - vor dem Krieg ungefähr eins zu eins, stieg dann in der Kriegs- und Nachkriegszeit auf der Männerseite stark an und pendelte sich nach 1928 wieder auf den Vorkriegswert ein. (Abb.4)

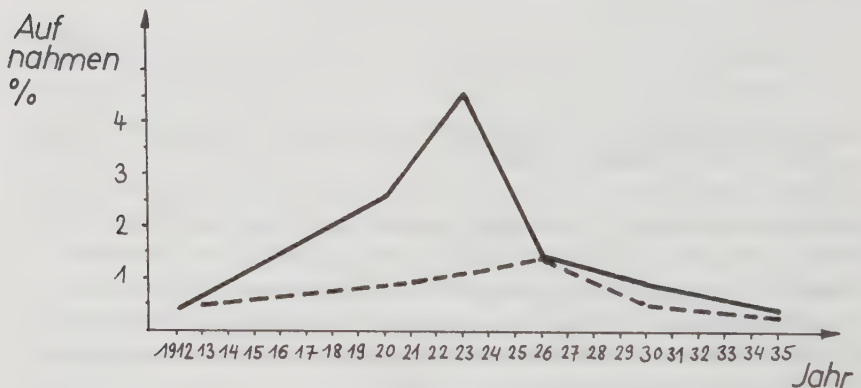


Abb.4: Differenter Verlauf der prozentualen Aufnahmeziffern bei männlichen (—) und weiblichen (---) Morphinisten an der Münchner Nervenklinik (1912 - 1935) (nach S p i e g e l).

Als Gründe für diesen signifikanten Unterschied führt er an:

- a) Die Morphinbehandlung der Soldaten im Krieg
- b) Die berufliche Disposition, da gerade solche Berufe, deren Vertreter im Morphinmißbrauch an erster Stelle stehen, in der Regel von Männern ausgeführt werden.

Mit ins Gewicht fiel auch die sekundäre gesellschaftliche Rolle der Frau. Dort, wo die Frauen einen gewissen Grad an Emanzipation erreicht hatten, fand man auch viele süchtige Frauen.

Eine wichtige Rolle bei der soziologischen Betrachtung spielt das selektive gesellschaftliche Moment, das in der Droge selbst liegt. Im Gegensatz zum Morphin, dem Gift der "Einsamen", bezeichnen J o e l und F r ä n k e l (1924) das Kokain als "geselliges" Gift. Sie berichten von regelrechten "Koks - Clubs" in vielen Lokalen. Wohlsituiertes und niedrigstes Publikum "schnupfte" gemeinsam in den übelsten Spelunken. Aber auch in den eleganten Lokalen "kokste" man öffentlich. Lässig reichte man die Schnupfdose weiter, und immer mehr Leute schlossen sich der neuen "Mode" an, oft nur aus Korpsgeist, Großmannsucht, Bewunderung oder Neugier. Die letztgenannten Autoren sehen im "infektiösen", geselligen Moment und im Begriff der Mode die entscheidende Begründung für die schnelle Ausbreitung des Kokainismus. Von der Geselligkeit her ziehen sie gewisse Parallelen zum Alkoholismus. Sicher trug auch der leichte Gebrauch des Kokains zur Verbreitung bei, man brauchte es nur zu schnupfen und benötigte keine Pfeife oder Spritze (B r a u, 1968). Es entstanden regelrechte Kokainistengemeinden: Sie kannten, halfen, beargwöhnten und befehdeten einander; sie hatten ihre eigenen Symbole und eine eigene Sprache, ja sogar eine eigene Poesie und eigene Lieder (J o e l und F r ä n k e l). Damit weckten sie die Neugier der übrigen und gewannen neue Anhänger (L e w i n, 1927). Gerade auf die Jugend übten diese Kreise mit ihrem Halbweltmilieu eine unwiderstehliche Anziehungskraft aus, was den hohen Anteil der Jugendlichen unter den Kokainisten erklärt (M a i e r, 1926). Vereinzelt traten unter dem Druck der Verfolgung und im Bewußtsein der Illegalität solche Gemeinschaften auch unter den Morphinisten auf (B r e s g e n, 1936; T h o m a s, 1935). Typisch waren sie jedoch nur unter den Kokainisten. Was diese Gruppierungen so gefährlich machte, war, daß sehr viele

entzogene und entwöhnte Süchtige durch die " massenpsychologische Wucht dieser alten Genossenschaft " schnell wieder verführt wurden (S i o l i, 1926).

Schließlich gingen von diesen Zirkeln auch gewisse religiöse Elemente aus, die manchen, die auf psychisch unsicherem Boden standen, als eine Art Religionersatz vorkamen (B r a u, 1968). Das Auskochen und Vorbereiten der oft goldplattierten Spritze, wurde förmlich zelebriert und die umständliche, rituale Handhabung der Schnupfdose erinnerte an religiöse Zeremonien (L e w i n). Ähnliche Parallelen lassen sich von der " Liturgie des Opiumrauchens " (B r a u) bis zum Peyotilkult finden. Diese " Weltanschauung " gipfelte in dem Satz, " Gott ist eine Substanz!", den L e w i n aus dem Brief eines Süchtigen zitiert.

5. P s y c h i a t r i s c h e A s p e k t e

Die psychiatrische Terminologie aus der Periode um den Ersten Weltkrieg zeigt sich sehr vielschichtig und verwirrend. Die grundsätzliche Einteilung in Psychosen, Neurosen und Psychopathien war noch nicht überall vollzogen. Vor allem der Psychopathie - Begriff wurde oft unklar und alternativ zum Neurose - Begriff verwandt. Deshalb haben wir die Diagnose " Psychopathie " dort, wo sie sich nicht klar aus der Beschreibung einordnen ließ, in Anführungszeichen gesetzt, ansonsten haben wir sie im Sinne der anerkannten Definition von Kurt S c h n e i d e r (1943) " Abnorme Persönlichkeit, die entweder an sich leidet, oder unter der die Gesellschaft leidet ", gebraucht.

Viele der folgenden Autoren betonen immer wieder, daß hunderttausende von Soldaten im Krieg mit Rauschgift in Berührung gekommen seien, aber nur ein verhältnismäßig geringer Teil davon süchtig geworden sei. Sie führen dies als Beweis für die Voraussetzung einer psychischen Suchtveranlagung an.

So findet J a k o b (1926) vor dem Krieg bei 33 Prozent der Morphinisten und nach dem Krieg bei 50 Prozent einen psychischen

Defekt als Suchtursache. D a n s a u e r und R i e t h (1931) erkennen bei 62,9 Prozent der kriegsbeschädigten Morphinisten eine " psychopathische Veranlagung." In einer Untersuchung an 334 Nachkriegsmorphinisten sieht S c h a l l e r (1937) bei 69,6 Prozent eine " stark psychische Komponente." Den größten Prozentsatz geben W e i s s (1920) mit 75 Prozent und S t r a u s (1920) mit 85 Prozent psychopathologischer Belastung an, den niedrigsten S i e m e r l i n g (1928) mit 22 Prozent eindeutig psychischer Suchtursache.

Grob gesehen lassen sich zwei Auffassungen unterscheiden: Die einen Autoren - aus den verschiedenen Schulen in der Nachfolge Freuds - betonen das tiefenpsychologische Element in der Psyche des Süchtigen und finden neurotische Strukturen; die anderen sehen suchtauslösende Veränderungen in Richtung der Persönlichkeitsstörung und Psychopathie.

a) Die neurotische Struktur als Suchtursache:

Während F r i e d l ä n d e r (1928) glaubt, daß die Neurose aus der Sucht entstehe, sieht W o l f f (1928), und später auch S p e e r (1937), den neurotischen Konflikt als Grundlage jeder Sucht an: " Es ist die Unfähigkeit, Konflikte des Lebens, die infantile Komplexe anregen oder auf ihnen beruhen, mit fester Hand und klaren Auges erledigen zu können." H a h n (1928) gibt zwei Gruppen von prämorbid neurotisch veranlagten Süchtigen an:

- Individuen, bei denen durch sexuelle Frustration die heterosexuelle oder homosexuelle Komponente weitgehend verdrängt, bzw. auf das Suchtmittel verlagert wird.
- Individuen, die neurotische Symptome im Sinne einer depressiven Neurose haben.

M e r l o o (1933) hält die sexuelle Triebversagung für die wichtigste suchtauslösende Komponente.

Die Mehrzahl der Autoren betrachtete die depressive Neurosenstruktur als Grundlage der Rauschmittelabhängigkeit. So führt

R a d o (1934) die Sucht auf eine Regression in die orale Phase (Anm.: Geburt bis 18. Lebensmonat, u.U. bestimmend für depressive Neurosenstruktur) zurück; das auslösende Trauma sei die reale Ver-sagung: "...das Ich regeneriert im pharmakologischen Rausch seine narzißtische Urgestalt..... jetzt zeigt es sich, das Ich ist doch der allmächtige Riese, für den es sich immer gehalten hat." (Anm.: Ich in der Freudschen Bedeutung von vorbewußt, bewußt). Daß Stö-rungen in der oralen Entwicklungsstufe für eine depressive Neu-rose ausschlaggebend und damit suchtauslösend sein können, deut-et auch E. M e y e r (1924) bei seinen 82 untersuchten Morphini-sten und Kokainisten an: Sämtliche dieser Leute seien auch star-ke Raucher gewesen.

Eine Brücke von der depressiven Neurose zur Psychopathie schlägt der von J o e l und F r ä n k e l (1928) angegebene Be-griff der hypersensitiven, cyclothymen Persönlichkeitsstruktur. Sie stellen fest, daß es sich bei den Rauschmittelsüchtigen um Typen mit starken Insuffizienzgefühlen handle, die im Beruf, in ihrer Stellung zur Umwelt und besonders in ihren erotischen Beziehungen schwer beeinträchtigt seien, und die deshalb an sich und am Leben litten.

In einer Studie, die durch zahlreiche Krankengeschichten be-legt ist, beschäftigt sich der Individualpsychologe Alfred A d l e r (1932) vor allem mit den Kindheitsanamnesen Süchtiger. Er findet drei Gruppen:

- Zahlenmäßig kleinste Gruppe:

Vernachlässigte Kinder, die kein Gemeinschaftsgefühl entwik-keln konnten, da sie nie etwas vom sozialen Interesse erfah-ren haben. Sie sind bindingslos und empfinden das Leben als etwas Gegensätzliches und Feindliches.

- Mittलगrosse Gruppe:

Kinder, die mit körperlichen Schwächen belastet waren, was zu einem Gefühl der Minderwertigkeit und seelischer Überemp-findlichkeit, aber auch zu einem krankhaften persönlichen Ehrgeiz geführt hat.

- Größte Gruppe:

Kinder, die "ihre Urform" in einer Situation großer Verzärtelung aufgebaut haben. Jede Veränderung der Situation bedeutet später einen großen Eingriff und führt zu seelischen Spannungen. Meist herrscht eine starke Mutterbindung vor.

Zusammenfassend berichtet A d l e r: "Bei allen Süchtigen fand ich das Bild eines wenig angepassten Menschen, dem von der Kindheit her schon das richtige Zugehörigkeitsgefühl zu anderen Menschen und seinen Aufgaben fehlt."

S i m o n (1930) zählt das Bedürfnis nach Rausch zu den "eingeborenen" Trieben, die körperlich im vegetativ - endokrinen System verankert sind. Es hängt nun ganz von der Ich - Festigkeit ab, ob es beim "Anschlagen des elementaren Triebes" zerfällt und es zur Sucht kommt, oder ob es in der Lage ist, dieses Bedürfnis durch geistige Arbeit zu kompensieren. Im Gegensatz dazu sieht Z u t t (1937) keinerlei Triebbeteiligung, sondern allein ein Problem der Willenspsychologie: "Die Sucht ist eine reine Bewußtseinserscheinung."

Interessant sind noch die Ausführungen von J o e l (1926), der in der Rauschmittelsucht und im Freitod eine "einheitliche Wurzel" sieht: "Jede Betäubung - gleich ob narkotisch oder stimulierend - stellt eine befristete Selbstvernichtung dar..." Der Rausch gebe Ausweg und Ersatz der Selbstvernichtung. Der Süchtige verfolge geradezu mit "wollüstiger Genugtuung" seinen Verfall, denn oft bedeuteten Sucht und Selbstmord eine bewußt geübte Rache an sich selbst.

b) Die psychopathische Struktur als Suchtursache:

Nach W i c h m a n n (1923) zeigt jeder Süchtige, ganz gleich ob Morphinist, Kokainist oder Alkoholiker, die gleiche Persönlichkeitsstruktur, nämlich des willensschwachen, haltlosen Psychopathen. Diese Psychopathie sei meist angeboren, oft nachweisbar ererbt, seltener im späteren Leben erworben.

Wie vielschichtig jedoch die psychopathische Struktur der Rauschmittelsüchtigen sein kann, gibt F.M.M e y e r (1932) in einer Aufstellung von Persönlichkeitsmerkmalen wieder:

- Fehlender Gemeinschaftssinn
- paranoides Mißtrauen
- krankhafter Ehrgeiz
- großer Trotz
- autokratisches, autistisches Wesen
- von Minderwertigkeitsgefühlen geplagt
- starker Egoismus
- überschwenglich
- narzißtisch
- ständig zwischen Aktivität und Passivität schwankend

Speziell für den Morphinisten geben L a d e m a n n (1922), W o l f f (1927) und R i e c h e r t (1932) übereinstimmend die cyclothyme Persönlichkeit an. Auf Grund seiner Beobachtungen über die Kontaktarmut, Eigenbrötelei und Exzentrität der Morphinisten fügt K r e m p e r (1932) die schizoide Persönlichkeit dazu.

Kurt S c h n e i d e r (1933) findet unter den Morphinisten vier Spielarten von abnormen Persönlichkeiten:

- Geltungssüchtige
- Ästheten
- Empfindsame
- Unausgeglichene

Er bezeichnet sie als psychisch wesentlich differenzierter als die mehr körperlich labilen Alkoholiker.

In Anlehnung an S c h n e i d e r nimmt F l ü g e l (1938) eine Einteilung in fünf psychopathische Unterformen vor:

- Hysterisch - nervöse
- Weiche - sensitive
- Stimmungslabile
- Pseudologische Phantasten
- Arrogante Besserwisser

Im Gegensatz zur mehr passiv - depressiven Persönlichkeit

des Morphinisten, stellt W o l f f (1927) für den Kokainisten eine aktive hyperthyme Komponente in den Vordergrund. Er bezeichnet ihn als überheblich und renommistisch, mit starkem Tätigkeitsdrang bei überhöhtem Selbstwertgefühl. Auch J o e l und F r ä n k e l (1924) sehen beim Kokainsüchtigen ein " psychopathisches Mißverhältnis " zwischen Tätigkeitsdrang und Tatkraft, das zu Minderwertigkeitsgefühlen führt. Durch den Kokaingenuß würden diese Insuffizienzgefühle wieder aufgehoben.

Vom Konstitutionstyp her reiht S i m o n (1930) den Morphinisten in die Gruppe der " Astheniker mit Langschädel und schlichtem meist vollem Haar " ein. Seelisch sei er feiner geartet, gebildeter und von wärmerer Gemütsart als der Kokainist, der von S i m o n in seiner äußeren Konstitution mehr dysplastisch, athletisch und in seinem Geist als infantil, entartet und retardiert beschrieben wird.

Die Sucht im Sinne einer endogenen Psychose wird von den oben genannten Autoren abgelehnt. Allein H e r z i g (1925) in Wien glaubt einen Zusammenhang mit der Dementia praecox zu erkennen. Auf Grund seiner zahlreichen süchtigen Patienten unter 30 Jahren und dem parallel dazu gehäuften Auftreten der für dieses Alter typischen Dementia praecox, sieht er sich zu diesem Schluß berechtigt.

Im Gegensatz dazu stellt P i l c z (1934) ebenfalls in Wien fest, daß Psychotiker, insbesondere Maniker und Depressive, eine gewisse Immunität gegen Rauschgiftsucht besitzen.

Einige Autoren befaßten sich unter psychiatrischen Gesichtspunkten auch mit der hereditären Belastung der Süchtigen: L a d e m a n n (1922) findet in Berlin bei 30 Prozent seiner Morphinisten eine schwere erbliche Belastung durch psychische Erkrankungen, ohne diese näher zu definieren.

S c h w a r z (1927) verzeichnet ebenfalls in Berlin 44 Prozent Belastung mit psychopathischer Konstitution, die nicht näher de-

finiert ist. P i l c z, der 432 Morphinisten und Kokainisten untersuchte, entdeckt bei den Männern in 65,4, bei den Frauen in 50 Prozent eine erbliche Belastung im Sinne von Neurosen, Psychopathien, und Alkoholismus, ausgesprochene Psychosen dagegen selten. Die hohe Diskrepanz zwischen den einzelnen Autoren erklärt sich aus den unterschiedlichen Auffassungen über die Abgrenzung psychischer Erkrankungen. Z.B. werden von P i l c z auch vage Angaben wie " Nervosität " usw. miteinbezogen.

6. Experimentelle Aspekte und Thesen

a) Morphin:

Auf Grund tierexperimenteller Befunde kam man zu Beginn des 20. Jahrhunderts zu der Auffassung, daß das Gehirn mit der Zeit steigende Mengen von Morphin mit seiner Lipoidstruktur " physikalisch - chemisch aus dem Kreislauf bindet" (C l o e t t a, 1903; G r ü t e r, 1916).

Einige Jahre später stellt Koopmann bei seinen Tierversuchen fest, daß dem Morphinismus eine Stoffwechselerkrankung zu Grunde liegt. Er findet schon zu Beginn der Sucht eine Schädigung der Schilddrüse, eine Erniedrigung des Blutzuckers, eine Änderung der Blutviskosität, außerdem eine Vergrößerung des Hypophysenmittellappens und eine Reduktion sämtlicher Hodenzellen (A l y, 1926).

1923 veröffentlicht W u t h auf Grund tierexperimenteller Forschung und Beobachtung am Menschen folgende Ergebnisse:

- Morphin wirkt im wesentlichen parasymphatisch fördernd, sympathisch hemmend.
- Die Funktion der Schilddrüse wird im Stadium der Gewöhnung an Morphin herabgesetzt, im Stadium der Abstinenz erhöht.

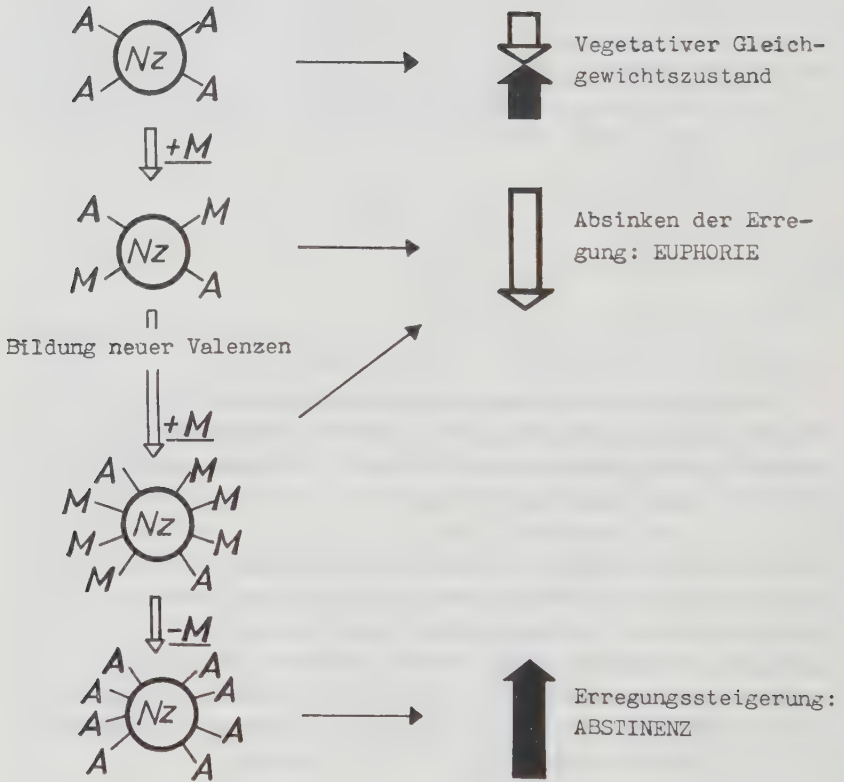
Daraus leitet er seine Hypothese ab: " Gegen körperliche, psychische oder vegetativ neurotische Beschwerden wird dem Körper eine Morphindosis zugeführt. Das Morphin wirkt dämpfend auf die Funktion der Schilddrüse und der ihr nervös und humoral korrelier-

ten Organe (Sympathicus, Adrenalsystem). Nun aber zeigt der Organismus das Bestreben, sein endokrin - vegetatives Gleichgewicht wiederherzustellen, er kompensiert. Infolgedessen wird es nötig sein, um bei wiederholter Zufuhr die gleiche Wirkung zu erzielen, d.h. um den vegetativen endokrinen Tonus wieder auf das gewünschte Niveau herabzudrücken, zuerst den durch das Gleichgewichtsstreben des Organismus hervorgerufenen Tonuszuwachs abzdämpfen, also die Dosis zu erhöhen."

Erhärtet wird diese Theorie durch histologische Befunde an toten Morphinisten, die eindeutig degenerative Veränderungen im Bereich der vegetativen Kerngebiete zeigen (C r e u t z f e l d, 1926).

1930 tritt S a k e l mit einer interessanten Erklärung der "Somatischen Morphinsucht" an die Öffentlichkeit:

Durch eine kompetitive Bindung des Morphin an die sympathische Nervenzelle gehen Valenzen für eine Adrenalinbindung, dem eigentlichen Bindungspartner, verloren, es kommt zu einer allgemeinen Erregungsminderung im vegetativen System, der Euphorie. Ein Ruhe- und Glücksgefühl stellt sich ein. Durch biologischen Anreiz bilden sich jedoch neue Valenzen an der Nervenzelle, die Morphin - Dosis muß erhöht werden, um diese abzusättigen. Wird dies nicht getan, so werden die freien Valenzen mit Adrenalin besetzt und es kommt zu einer starken Erregung, der Abstinenz. Die Folge sind Herzsensationen, Schwitzen, motorische Unruhe etc. Fehlt über längere Zeit der pathologische Anreiz des Morphins, so fallen die Valenzen wieder zur Norm ab (Abb.5).



Nz = Nervenzelle A = Adrenalin M = Morphin

Abb.5: Modell der "somatischen Morphinsucht" nach S a k e l

b) Kokain:

1926 findet H i l d e b r a n d t beim Kokain im Gegensatz zum Morphin tierexperimentell keine Toleranzsteigerung nach körperlichen Kriterien. Er sieht hier nur eine psychische Gewöhnung.

O f f e r m a n n kommt 1927 zu dem Ergebnis, daß das Kokain primär nur die Stammganglien beeinflusst, wobei die Wirkungen dehr individuell sein können.

J o e l und F r ä n k e l (1929) berichten über folgende Erkenntnisse, die sie aus zahlreichen Selbstversuchen mit Psicain und Kokain gewonnen haben:

- Mit Änderung der chemischen Stuktur der Rauschgifte ändern sich auch die betroffenen Rezeptoren im Gehirn.
- Es besteht ein Antagonismus zwischen Haschisch und Kokain: die Haschischwirkung wird durch die Kokainwirkung aufgehoben.
- Beim Kokain gibt es keine Gewöhnung im pharmakologischen Sinn.

Den letzten Punkt bestätigen 1933 auch O e l k e r s und R i n t e l e n in einer Untersuchung an Mäusen, Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden, die nach Kokain - Gewöhnung beim Entzug keine Spur von körperlichen Abstinenzsymptomen zeigten.

ZUSAMMENFASSUNG DER EINZELNEN SUCHTURSACHEN

Jeder der besprochenen Faktoren war an der Entstehung der Morphin - und K okainwelle nach dem Ersten Weltkrieg beteiligt. Es ist sicher falsch, nur einen Aspekt herauszugreifen, ohne ihn in Beziehung zu den anderen zu setzen.

So hat der lange Krieg mit all seinen Folgen, wie Not und Inflation, zu einer hoffnungslosen Stimmung, aber auch zu gesteigerter Genußgier geführt. Durch die " Behandlung " verwundeter und verängstigter Soldaten mit Morphininjektionen, durch die Benutzung von Kokain zur psychischen Stärkung unter den Fliegeroffizieren und durch die Begegnung des deutschen Heeres

mit den Gepflogenheiten anderer Völker hatte auch die breite Masse von zwei Rauschmitteln Kenntnis erhalten, die vor dem Krieg hauptsächlich unter den Medizinal - Berufen verbreitet gewesen sind. Viele, die durch ihre psychische Konstitution besonders anfällig, und durch die äußeren Bedingungen besonders betroffen waren, griffen nach den beiden Rauschmitteln, um die augenblickliche Not zu lindern. Vor allem depressive Neurosestrukturen, cylothyme Psychopathen und haltlose, willensschwache Persönlichkeiten fielen ihnen zum Opfer. Wobei die Morphinisten mehr die passiven zurückgezogenen Naturen waren, die Kokainisten mehr die aktiven, hyperthymen, die sich zu Zirkeln zusammenschlossen und eine besondere Anziehungskraft auf die Jugend ausübten.

Die Auflösung der Sanitätsdepots schaffte die Voraussetzungen in materieller Hinsicht. Ein reger Import von Rohopium und Koka-blättern und eine Produktionsrate, die Deutschland 1926 an die Spitze aller Morphinproduzierenden Länder brachte, ließen den Nachschub nicht abreißen. Da man innenpolitisch völlig unvorbereitet war, hatte man zunächst keine wirksame hygienische und polizeiliche Handhabe, so daß sich der illegale Handel mit Morphin und Kokain beinahe ungehindert ausbreiten konnte. Der Leichtsinnsinn und die Unwissenheit vieler Ärzte trugen auch nach den akuten Notzeiten insbesondere zur weiteren Verbreitung des Morphismus bei. Während der Kokainismus seinen raschen Anstieg mehr dem Element der Mode und Geselligkeit im Taumel der frühen Zwanziger Jahre verdankte.

ÜBERBLICK ÜBER VERLAUF UND ABKLINGEN DER RAUSCHGIFTWELLE

Wie wir schon zu Beginn der Arbeit an Hand einer graphischen Darstellung nach den Zahlen aus dem Statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich (1911-1938) zeigen konnten, kam es in den Jahren 1927 - 1929, nach

einem seit etwa 1916 recht dramatischen Anstieg der Rauschmittelsucht, zu einem plateauartigen Höhepunkt (Abb.1). Obwohl in der Zeit nach 1929 Morphinisten und Kokainisten zahlenmäßig mit den Alkoholikern zusammengefaßt sind, sieht man doch, daß der Kulminationspunkt etwa 1928/29 überschritten wird, und sich von 1931 - 1937 ein rapider Abfall bemerkbar macht.

Detaillierte Zahlen über die Berliner Verhältnisse finden sich bei S c h a l l e r (1937) (Abb.6).

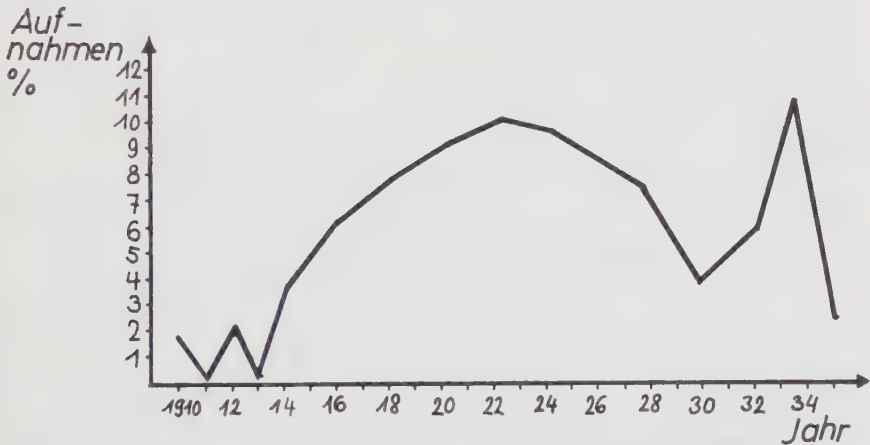


Abb.6: Prozentualer Anteil der " Morphinisten und eng verwandter Suchtkrankheiten " an den Gesamtaufnahmen der St.Josephs - Heilanstalt Berlin. (1910-1936, nur Männer berücksichtigt) (nach S c h a l l e r).

Wie man beim Vergleich mit Abb.1 sehen kann, widerspricht Schallers zweiter spitzer Gipfel um 1933 scheinbar der zu dieser Zeit allgemein rückläufigen Tendenz. Daß es sich um keine zweite Suchtwelle handelt, sondern lediglich um den Einfluß äußerer Maßnahmen, deren Zentrum in Berlin liegt, wird im Kapitel " Suchtbekämpfung " behandelt.

Einen ähnlichen breitbasigen Gipfel zwischen 1918 und 1927, wie in obiger Abbildung, findet man auch bei S p i e g e l (1937), der die Münchner Verhältnisse darstellt (Abb.3).

Man kann also den Schluß der Nachkriegswelle etwa um das Ende der Zwanziger und den Anfang der Dreißiger Jahre setzen. Damit stimmt auch die Beobachtung der Fürsorgestelle für Nerven - und Gemütskranke überein, daß in den Jahren 1928 - 1932 die Morphin - und Kokainsucht zurückgegangen ist, allerdings zu Gunsten des Alkoholismus (F l a i g, 1935).

Der Verlauf ist aber für Morphin - und Kokainsucht nicht identisch, obwohl der Beginn - mit Niveauunterschieden - in etwa zusammenfällt.

Den Höhepunkt der Kokainwelle geben J o e l und F r ä n k e l (1924) im Jahr 1923 an. Danach kommt es zu einem allmählichen Abflauen.

R e d l i c h (1929), der den Höhepunkt um 1924 datiert, sieht den Kokainismus 1928 als praktisch ausgemerzt an. Vergleicht man diese Angaben mit den Daten des S t a t i s t i s c h e n J a h r b u c h s, so sieht man, daß die verbleibenden Morphinisten eine Kurve mit wesentlich längerem und andersartigen Verlauf bilden. Diese Tatsachen und die Angaben von B r e s g e n (1936), F. M. M e y e r (1936), P o h l i s c h (1931), R e d l i c h (1929) und T h o m a s (1935), die sämtlich einen erheblichen Rückgang des Morphinismus erst zu Beginn der Dreißiger Jahre finden, erlauben grob quantitativ für den Nachkriegskokainismus und - Morphinismus folgende Kurvenbilder anzulegen, die sich in ihrem zeitlichen Verlauf deutlich unterscheiden: " Während der Kokainismus seinen Höhepunkt schon 1924/25 überschritten hat, senkt sich die Morphinismuskurve erst um 1930 (Abb.7).

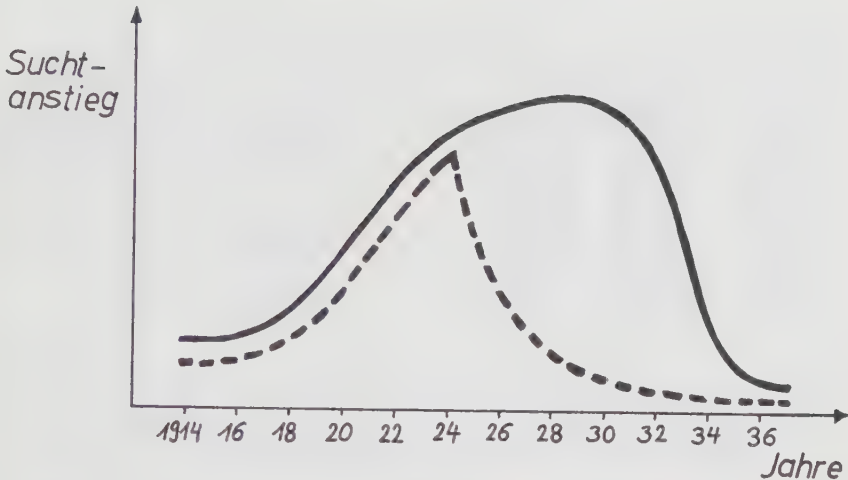


Abb.7: Zeitlich verschiedener Verlauf der Kokainsucht (---) und der Morphinsucht (—) zwischen 1914 und 1936.

Auch die soziologische Struktur (S c h a l l e r, 1937) (Abb.8) und das Alter zu Beginn der Sucht (F.M.M e y e r, 1936) (Tab.6) hatte mitte der Dreißiger Jahre wieder näherungsweise die Vorkriegsverhältnisse erreicht.

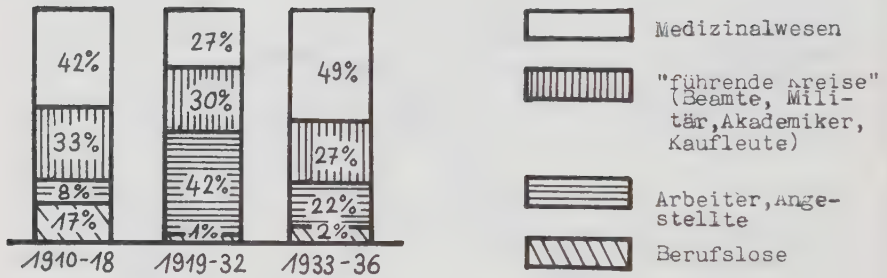


Abb.8: Prozentuale Berufsaufgliederung der Süchtigen (Morphinisten und Kokainisten, nur männlich) vor, während und nach der Suchtwelle der Zwanziger Jahre (nach Schaller).

Ort	Jahr	20-30J	30-40J	40-50J	50-70J
Berlin	1935	10%	40%	26%	16%

Die restlichen 8% verteilen sich auf Morphinisten unter 20 und über 70 Jahren.

Tab.6: Altersmäßige Verteilung der Morphinisten zu Beginn der Sucht um 1935, (nach F.M. Meyer). Vergl.dazu Tab.5

GRÜNDE FÜR DAS ABKLINGEN

Gestaltete sich die Aufgliederung des Ursachenkapitels in verschiedene Teilbereiche schon als schwierig, so ist dies hier im einzelnen unmöglich, ohne die inneren Zusammenhänge zu zerreißen. Deshalb haben wir einzelne Blöcke gebildet, in denen sich verschiedene Teilbereiche treffen.

1. Politische, ökonomische und soziale Stabilisierung

Auch wenn es geschichtlich betrachtet in den Jahren nach 1924/25 noch nicht zu einer Konsolidierung der Gesamtverhältnisse gekommen war, so war doch der unmittelbare Taumel der gleißenden und tollen Nachkriegsjahre vorbei. Die augenblickliche Not der Inflation von 1923 war überwunden und damit auch mancherlei Furcht vor dem Tage (W o l f f, 1928).

Betrachtet man unter diesem Aspekt die Kurve der Kokainisten (Abb.7), so spiegelt sich dort auch die Beobachtung von R e d - l i c h (1929) wider, der den Kokainismus durch eine relative Stabilisierung der politisch - ökonomischen Verhältnisse und der neugeschaffenen Möglichkeit einer erträglichen Lebenshaltung rückläufig sieht. Die im Zuge des Wiederaufbaus und der Industrialisierung geschaffenen Arbeitsplätze verringerten die Zahl gerade unter den Kokainisten, die sich ja zum großen Teil aus Arbeitslosen der unteren Bevölkerungsschicht und aus Jugendlichen rekrutierten. Außerdem lenkten rege politische Aktivitäten (Hitlerputsch, Kommunistenunruhen etc.) das Interesse der Jugend in neue Gleise.

Aber noch ein anderer Faktor spielte beim Rückgang des Kokainismus eine wesentliche Rolle: Der Mangel an Kokain. Er hatte nach R e d l i c h folgende Gründe:

- a) waren 1924 die Heeresbestände endgültig aufgebraucht
- b) war der Indikationskreis stark eingeschränkt worden, waren

Ersatzpräparate wie Novocain auf dem Markt gekommen, was

- c) seit 1922 zum Rückgang der deutschen Kokainproduktion geführt hatte. So machte sich z.B. von 1923 auf 1924 eine Reduktion von 30 Prozent deutlich.
- d) hatten gesetzgeberische Maßnahmen (s.nächstes Kapitel) einen bedeutenden Einfluß.

Nicht zuletzt stellte der Kokainismus auch eine Modewelle dar, zu deren Charakter gerade das Moment der Kurzlebigkeit gehört.

Bei der Betrachtung der Morphinistenkurve (Abb.7) zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zu den vorigen Ausführungen, die durchaus erklärlich ist. Betrachtet man die jährliche Morphinproduktion von 20700 kg, mit der Deutschland noch 1926 weit an der Spitze der Weltproduktion lag (R e d l i c h), so ist es klar, daß vom Material her zunächst keine Nachschubschwierigkeiten bestanden wie beim Kokain. Noch 1928 war Deutschland zu einem Viertel an der Weltproduktion beteiligt (W o l f f, 1928). Außerdem war der medizinische Indikationsbereich für Morphin (und mit ihm die Zahl der Präparate) noch um das Ende der Zwanziger Jahre zu weit gesteckt (J o e l und F r ä n k e l, 1928). Selbst der auf den Kokainismus so positive Einfluß der relativen Stabilisierung in der späten Nachkriegsperiode scheint nur zu einem relativ kleinen Teil den Spiegel der Morphinwelle gesenkt zu haben.

2. Juristische, polizeiliche und medizinisch-pharmazeutische Maßnahmen

Zuerst ein chronologischer Überblick über die relevanten gesetzlichen Maßnahmen:

- (1) 1912 Haager Konvention, 1917 durch die "BtmV" teiltratifiziert (1'), 1920 durch den Völkerbund endgültig ratifiziert (1''): Regelt den Handel mit Kokain, Morphin und Opium.
- (2) 1922 Verbot der wiederholten Abgabe von Kokainzubereitungen über 0,03 g in Deutschland.
- (3) 1925 Erweiterung der Konvention von 1912 um Cannabis, Ecgonin, Heroin, Pethidin.
- (4) 1929 Deutsches Opiumgesetz.
- (5) 1930 Verordnung über das Verschreiben von Betäubungsmittel enthaltenden Arzneien und ihre Abgabe in Apotheken (in Kraft gesetzt: 1.4.1931)
- (6) 1933 Gesetz über Sicherung und Besserung als Ergänzung zum Opiumgesetz.
- (7) 1934 Aufnahme von Dionin und Kodein ins Opiumgesetz.
- (8) 1934 Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens.
- (9) 1935 Gründung der Reichzentrale zur Bekämpfung von Rauschgiftvergehen in Berlin und der Nachrichtensammelstellen für Rauschgiftvergehen bei der Landpolizei.
- (10) 1935 Reichsärzteordnung

Tab.7: Gesetzliche Maßnahmen gegen die Rauschmittelabhängigkeit in Deutschland (1912-1935).

Wenn man das dichte Netz von Gesetzen, das mit 1929 einsetzt, in Vergleich mit dem vorangegangenen Zeitraum setzt, wird klar, daß dieser massive Druck Auswirkungen gehabt haben muß. Jetzt wird auch der zweite spitze Gipfel um 1933 in Abb.6, das erneute maximale Anwachsen der Morphinistenaufnahmen, verständlich. Er ist auf die Auswirkungen der massiv einsetzenden gesetzlichen Maßnahmen zurückzuführen, die besonders signifikant in der Reichshauptstadt zum Tragen kamen (S c h a l l e r, 1937).

Betrachtet man insgesamt die gesetzlichen Maßnahmen im Hinblick auf den Verlauf der Kokain - und Morphinwelle, so läßt sich eine eindeutige Beziehung herstellen. Man kann fast von einer reaktiven " Gesetzeswelle " sprechen (Abb.9):

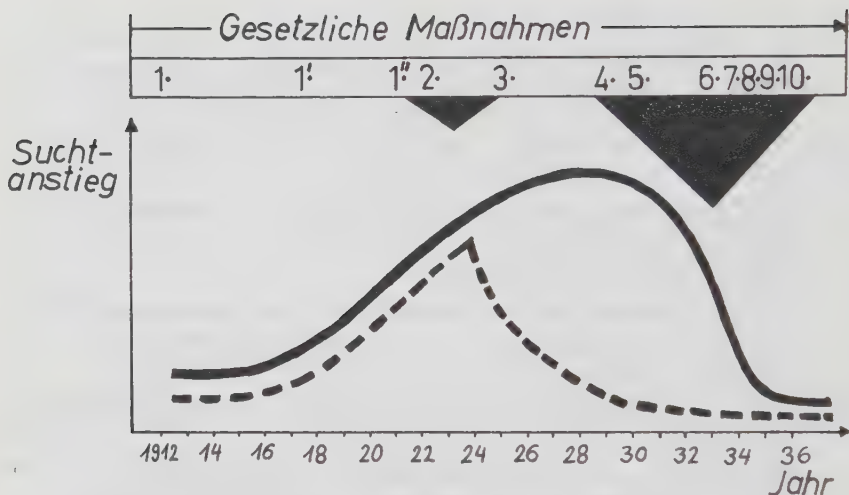


Abb.9: Beziehung der gesetzlichen Maßnahmen zum Verlauf der Kokain- (---) und Morphinwelle (—) zwischen 1912 und 1936. (Die zu den einzelnen Nummern gehörigen gesetzl. Maßnahmen sind in Tab.7 angegeben.)

Daß den Gesetzen von 1912 - 1925 im Hinblick auf den Morphinismus kein durchschlagender Erfolg beschieden gewesen ist, war auf die schlechte Organisation und Schlagkraft der exekutiven Organe zurückzuführen (F e u e r s t e i n, 1935; F l a i g, 1935; F. M. M e y e r, 1936). Lediglich das Kokaingesetz von 1922 weist einen direkten Zusammenhang mit dem Verlauf des Kokainismus auf, war es doch mitbestimmend für den " Nachschubmangel " an Kokain (J o e l und F r ä n k e l, 1927; R e d l i c h, 1929). Vor allem aber ist es das erste Gesetz gewesen, das nicht nur auf den öffentlichen Handel gerichtet war, sondern in die ärztlichen und pharmazeutischen Befugnisse eingriff.

Einen genaueren Anhalt über die schon 1927/28 anlaufende Intensität der Bekämpfungsmaßnahmen liefert P o h l i s c h (1931):

Laut Mitteilung der Berliner Staatsanwaltschaft und des Polizeipräsidioms wurden immer häufiger Strafverfahren bei Vergehen gegen das 1921 ratifizierte und 1925 erweiterte Opiumgesetz angestrengt, die Polizei wurde systematisch ausgebaut, die Apotheken wurden nach einem verbesserten Verfahren kontrolliert und die Krankenkassen zeichneten sich durch besondere Achtsamkeit aus.

Den abrupten Rückgang allerdings führen F.M.M e y e r (1931), T h o m a s (1935) und L i n z (1932) allein auf die Auswirkungen zweier Gesetze zurück:

- a) Das Opiumgesetz vom 10.12.1929, das neben den erwähnten, bisherigen neu entwickelte synthetische Substanzen enthält; das Einfuhr, Durchfuhr, Ausfuhr, Gewinnung, Herstellung und Verarbeitung dieser Drogen regelt und den gesamten Betäubungsmittelverkehr überwacht. Oberstes Kontrollorgan ist die Bundesopiumstelle. Wer gegen diese Bestimmungen verstößt wird mit einer Geldstrafe und/oder Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.
- b) Die " Verordnung über das Verschreiben von Betäubungsmittel enthaltenden Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken " vom 19.12.1930. Sie enthält:
 - Beschränkung des Verschreibens von Morphin und Kokain auf ärztlich begründete Fälle.
 - Allgemeines Verbot des Verschreibens in Substanz.
 - Festsetzung maximaler Tagesdosen (mit Ausnahme von Morphin und Opium)
 - Eintragung von in großen Mengen verschriebenem Morphin oder Opium in bestimmte Bücher.
 - Verbot jedes Verschreibens von Kokain an Süchtige.
 - Beschränkung des Kokaingebrauchs auf bestimmte Krankheiten (Buchführung)

Bei Überschreitung durch den Arzt: Geldstrafen und/oder Gefängnis bis zu drei Jahren.

Und das waren die Auswirkungen der neuen Gesetzgebung

(T h o m a s, 1935): Der Ausbau eines peinlich genauen Bezugsscheinsystems regelte den Verkehr mit Betäubungsmittel " bis auf das letzte hundertstel Gramm." Die Polizei und der Zoll wurden nach den Erfordernissen der Rauschgiftbekämpfung umorganisiert. So setzte man speziell ausgebildete Zollbeamten ein, pharmazeutische Fabriken überwachte man polizeilich, und eine eigene Medizinalpolizei deckte in Verbindung mit der Kriminalpolizei Rezeptmanipulationen etc. auf. Als Lohn für die Bemühungen konnte das Parlament und die Polizei 1935 eindeutig feststellen, daß die Zahl der seit 1931 neu süchtig gewordenen nur ganz gering gewesen sei.

Auch L i n z (1932) berichtet nach einer Statistik des Reichsdesundheitsamtes von einer starken Drosselung des Betäubungsmittelverbrauchs seit Verabschiedung der Gesetze von 1929 und 1930 (Tab.8).

Jahr	Morphin	Kokain
1929	2300 kg	480 kg
1930	1160 kg	412 kg
1931	920 kg	188 kg

Tab.8: Einfluß des Opiumgesetzes (1929) und der neuen Verschreibungsordnung (1930) auf den offiziellen Jahresverbrauch von 1929-1931 (nach L i n z).

Ebenfalls als Folge dieser Maßnahmen wurde die pharmazeutische Industrie gezwungen, die Morphinpräparate auf dem Schmerzmittelsektor einzudämmen und andere Verbindungen auf den Markt zu bringen (B r e s g e n, 1936).

Einen weiteren äußerst wirksamen Schritt sehen F l a i g (1935), F.M.M e y e r (1936) und T h o m a s (1935) in dem Gesetz über " Maßregeln der Sicherheit und Besserung ", das im November 1933 von der nationalsozialistischen Regierung erlassen wurde: Unabhängig von einer Bestrafung konnten straffällig gewordene Süchtige nach einem vorläufig gerichtsarztlichen Gut-

achten mindestens bis zu einem halben, maximal aber zwei Jahren in eine Heil -, Pflege - oder Entziehungsanstalt zur Zwangsentziehung untergebracht werden. Falls nach einigen Kontrolluntersuchungen kein Rückfall erfolgte, wurden sie je nach Höhe ihrer Straftat verurteilt. Wie Staatsanwalt B e c k e r (1938) feststellt, fielen darunter auch die vielen, die sich illegal ihr Mittel besorgt hatten, womit fast gegen alle eine Handhabe zum Zwangsentzug gegeben war.

Da infolge dieser Maßnahmen viele Süchtige auf Dionin und Kodein umstiegen, wurden am 9.1.1934, auch diese beiden Pharmaka ins Opiumgesetz aufgenommen (M ö l l e n h o f f, 1935).

Als wichtige Tat bezeichnet Oberregierungsapotheker B r e s - g e n (1936) das " Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens " vom 3.7.1934, das die Grundlage für die zur wirk- samen Verhütung und Bekämpfung der Suchten notwendige Organisation im 3. Reich geschaffen hat. So entstand z.B. die " Reichsarbeits- gemeinschaft für Rauschgiftbekämpfung." Es ebnete aber auch den Boden für die Gründung der " Reichszentrale zur Bekämpfung von Rauschgiftvergehen " in Berlin und die " Nachrichtensammelstellen für Rauschgiftvergehen " bei der Landpolizei.

Um auch gegen die süchtigen Ärzte eine gesetzliche Handhabe zu besitzen, wurde ab 13.12.1935 mit der " Reichsärzteordnung " der süchtige Arzt durch Entzug der Approbation und bei Eigenver- ordnung nach dem Gesetz von 1933 mit Zwangsentziehung bestraft. In den Jahren 1934 bis 1937 brachte man nach B e c k e r (1938) etwa 60 Ärzte zwangsweise in Heilanstalten unter.

Daß der Kampf gegen die Rauschgiftsucht im 3. Reich nicht nur äußerst konsequent geführt wurde, sondern allmählich durch ideolo- gische Einflüsse immer mehr ins Unmenschliche entartete, soll ein Beispiel zeigen, das zwar im Anschluß an den eigentlichen Rückgang stattfand, aber doch einen extremen Endpunkt in der Bekämpfung

darstellte. So findet man in den Erfassungsdirektiven für " Lebensuntüchtige Geistesranke ", die G.S c h m i d t (1965) veröffentlicht, u.a. " kriminelle Geistesranke " aufgeführt, unter denen sich nach dem Gesetz von 1933 auch zwangsweise untergebrachte Süchtige befanden. So kam es, daß neben den Tausenden von selektierten Geistesranken auch Rauschgiftsüchtige und Alkoholiker sterben mußten.

Schon 1928 warnen J o e l und F r ä n k e l vor einer allzu rigorosen Suchtbekämpfung durch Polizei und Behörden. Dies würde nur zu einer Kriminalisierung führen. Die Süchtigen seien keine Kriminellen, sondern Ranke. Die Behörden sollten sich um die Prophylaxe kümmern, die Entziehung aber könnten Ärzte vornehmen.

Auch der Beitrag der Ärzte beim Rückgang der Suchtwelle war groß. So ist nach B r e s g e n (1936) das Opiumgesetz von 1929 nur der energischen Initiative des Ärztestandes zu verdanken. F.M.M e y e r (1936) sieht in der zunehmenden Kenntnis und gesteigerten Verantwortung in Fachkreisen einen wesentlichen Fortschritt.

Wie man aus zahlreichen Veröffentlichungen ersehen kann, werden Richtlinien herausgegeben und Erfahrungen ausgetauscht. Z.B.nimmt C.W e i s s 1927 den von H e c h t schon 1923 vorgeschlagenen alleinigen Indikationsbereich für Morphin wieder auf:

- bei schweren schmerzhaften Erkrankungen im Finalstadium
- zum Zweck der Sterbehilfe
- bedingt im akuten schwersten Schmerzanfall

Der eigentliche Schwerpunkt des ärztlichen Beitrags aber lag in der Therapie der Süchtigen. So standen denn auch neue suchtherapeutische Verfahren 1928 im Mittelpunkt des Danziger Ärztetages (R i e c h e r t, 1932). - Obwohl das therapeutische Vorgehen der Ärzte noch zu den Gründen für das Abklingen der Suchtwelle gehört, bringen wir es doch der Wichtigkeit und besseren Vergleichbarkeit wegen in einem eigenen Abschnitt.

T H E R A P I E

Grundsätzlich unterscheiden beinahe alle Autoren den rein somatischen Entzug und die psychische Beeinflussung. Die Therapie soll eine Synthese beider darstellen.

1. S o m a t i s c h e r E n t z u g

a) Kokain:

J o e l und F r ä n k e l (1924) und später auch M a i e r (1926) sehen den körperlichen Entzug von Kokain als wesentlich unproblematischer als den von Morphin an: Setzte man das Kokain ab, so träten beim Kokainisten kaum körperliche Abstinenzerscheinungen wie beim Morphinisten auf. Sie behandelten deshalb nach folgenden Schema:

Sofortiger körperlicher Entzug des Kokain

zusätzlich:

- Bettruhe über die ersten beiden Wochen
- prolongierte warme Bäder
- bei innerer Unruhe über den Tag verteilte BROMdosen
- bei Kopfschmerzen PYRAMIDON und COFFEIN
- nachts Schlafmittel (CHLORALHYDRAT oder LUMINAL)
- Morphinhaltige Medikamente ausschließen
- Zurückhaltung und steter Wechsel bei allen Medikamenten
- Sorgfältige Überwachung bei Tag und Nacht
- Reichliche Nahrungszufuhr

b) Morphin:

Wesentlich schwieriger gestaltet sich das Problem beim Morphinentzug. Hier treten mit jeder Dosisreduzierung unangenehme körperliche Entzugssymptome auf, die sich in Schwitzen, Erbrechen, Durchfällen, schwerer motorischer Unruhe, Schlaflosigkeit, Kollaps etc. äußern. Drei Richtungen waren zu unterscheiden, die von den einzelnen Autoren hart vertreten wurden:

- der plötzliche vollkommene Entzug(L e v i n s t e i n,1877)
 - der schnelle Entzug über 4-10 Tage(E r l e n m e y e r,1883)
 - der langsame Entzug über Wochen und Monate(B u r k a r t,1883)
- Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die wichtigsten Vertreter der einzelnen Praktiken:

plötzlich	schnell	langsam
B o n - h o e f f e r,1926	E r l e n - m e y e r,1883	B u r k a r t,1883
F r i e d - l ä n d e r,1913	v.H o e s s - l i n,1924	D u e n s i n g,1920
G e i l e n,1928	J o e l und F r ä n k e l,1925	H a h n,1921
H o g r e f e,1924	J u e s t e n,1922	W o k e r,1928
L a d e - m a n n,1922	K r a e p e - l i n,1909	W u t h,1924
L e v i n - s t e i n,1877	R ö m e r,1925	
M e y e r E.,1924		
S c h r ö - d e r,1911		
S t r a u s,1920		
T r e s s,1920		

Tab.9: Die wichtigsten Vertreter der einzelnen körperlichen Entzugsarten von Morphin.

1920 war nach D u e n s i n g die langsame Methode die am meisten geübte, da man glaubte, so den Entzugserscheinungen am besten entgegenzutreten und Psychosen, Kollapse oder gar Todesfälle zu vermeiden. Obwohl schon in den ersten Zwanziger Jahren die plötzliche Methode diskutiert wurde (Tab.9), setzt erst

B o n h o e f f e r 1926 endgültig diese Meinung durch, indem er an Hand eines großen Patientenguts der Berliner Charité zeigt, daß der plötzliche Entzug nicht in vermehrtem Maß zu den gefürchteten Erscheinungen führt, sondern sogar für den Patienten Vorteile bringt: Ein kurzer " Symptomensturm " sei für den Kranken besser als ein verlängertes " Schlechtwetter." Auch die ständige Angst vor der letzten Spritze würde so vermieden, und nicht zuletzt würde Zeit gespart, die der psychischen Beeinflussung zu gute käme. Interessanterweise propagieren auch zwei entwöhnte anonyme Ärzte (D r. S.,1929; v o n e i n e m A r z t e,1925) aus eigener Erfahrung die plötzliche Methode. E r l e n m e y e r (1883 u. 1926) schlägt einen Mittelweg mit der individuell angepaßten schnellen Methode vor. Die Methode der Wahl gegen Ende der Zwanziger Jahre war jedoch der plötzliche Entzug (E. M e y e r,1928; W o l f f,1928). Was diesem so schnell zum Sieg verhalf, war die Verbesserung der Hilfsmaßnahmen, die die körperlichen Entzugssymptome erträglich machten. Die verschiedenen Methoden und Präparate sind in Tab.10 wiedergegeben.

Autor	Jahr	Präparat	Chem.Gruppe	Thesen d.Aut.
H o r n u n g	1920	VERONAL+ SCOPOLAMIN	Barbiturat (lang wir- kend) Atropinverw. (zentral dämpfend)	Dauerschlaf- therapie zur Verminderung d.Entzugsqua- len und damit relat.Erhal- tung d.phys. u.psych.Kräfte
H o n e - k a m p	1928	PERNOCTON	Barbiturat (mittellang wirkend)	
H e r o l d	1930			
S c h a r p f f	1931			
O.L.W e i s s	1932			
W u t h	1924	PYRAMIDON PHENACETIN	Pyrazol- derivat p-Amino- phenolde- rivat	Vegetative Dämpfung durch Antipyretika u.Analgetika

W u t h	1928	CIBALEUMIN NOVOPROTIN	Eiweißkörper	"Vegetativ ausgleichende Mittel", parenterale Reittherapie z. Verbesserung d. Ausscheidung
W u t h P a r a d e	1928 1929	CHOLIN	Baustein für Acetylcholin, Lipotrope Substanz	Erhöhung des parasymp. Tonus als Ausgleich für die sympathisch bedingten Abstinenzsymptome
P o p p e	1928	EPHETONIN	Sympathomimetikum	keine Angaben
S c h m i d t	1929	ATOPHANYL	-	Euphorisierende Wirkung
A d l e r A l e x a n d r a	1932	EUPHYLLIN	Purin-derivat	Zurücktreten d. Abstinenzsymptome durch zentral erregende Wirkung
H a a s e und W i t t k e	1932	HELVETIN	Oxypurin	zentral erregende Wirkung (s.o.)
H o n e - k a m p	1932	DETOXIN	Protein	Soll giftige Stoffwechselprodukte, die nach Absetzen d. Morphins auftreten, binden.
L u t h e und S c h m i d t	1931	ANERMON GYNERMON	männ. Keimdrüsenhorm. weibl. Keimdrüsenhormon	Zurücktreten d. Abstinenzerscheinungen sowohl in psychischer wie physischer Hinsicht. (Mechanismus nicht angegeben).

Anton und Jakobi Sakel	1930	INSULIN	Pankreas- hormon	Antagonistische Wirkung zu Adre- nalin, dessen überhöhter To- nus die Absti- nenzerschei- nungen hervor- ruft.
	1933			

Tab.10: Hilfsmaßnahmen zur Linderung der Entzugssymptomatik beim körperlichen Morphinentzug.

Die Dauerschlaftherapie, obwohl vielfach angewandt, war sehr umstritten. So lehnen Haase und Wittke (1932) die Anwendung jeglicher Hypnotika bei Süchtigen wegen erneuter Suchtgefahr ab. E.Meyer (1925) sieht die "Freiheit der Psyche und die Herrschaft über sich selbst" nicht mehr gewährleistet. Jakobi (1931) findet 2,5 Prozent Todesfälle mit dieser Therapie.

Der Widerspruch, daß Popp die Abstinenzsymptome, die allgemein auf einen erhöhten Sympathikustonius zurückgeführt werden, mit einem Sympathomimetikum zurückdrängt, wird nicht erklärt.

2. Psychische Beeinflussung

a) Kokainisten

Von Anfang an betonen Joel und Fränkel (1924) die Wichtigkeit einer "psychisch menschlichen Führung" in der Therapie des Kokainismus. Stichwortartig seien hier ihre erprobten Forderungen wiedergegeben:

- das Wichtigste sei ein persönliches Bemühen des Arztes während der ganzen Therapie.
- der Patient bedürfe einer starken Führung, ohne sich dessen bewußt zu sein.

- stets müsse für Gespräch und Unterhaltung gesorgt sein.
- der Patient solle im Anstaltsbetrieb mitarbeiten, um Selbstvertrauen zu gewinnen.
- nach der Entlassung solle die berufliche und materielle Zukunft gesichert sein.
- er müsse dauernd vom alten Milieu isoliert sein.
- jeder Entlassene bedürfe eines eigenen Schützers.
- der Entzogene müsse im Beruf und in privaten Vergnügungen einen Ersatz für sein Rauschmittel finden.

M a i e r (1926) schlägt als spezifisches Verfahren eine pädagogisch - analytisch orientierte Psychotherapie vor. Die suggestive Methode lehnt er entschieden ab. Der Kontakt Arzt/Entzogener solle über mehrere Jahre aktiv erhalten bleiben.

b) Morphinisten

Daß bei der Morphinistenbehandlung die Schwerpunkte zunächst falsch gesetzt wurden, erkennt F.M.M e y e r (1932): "nicht in der körperlichen, sondern in der seelischen Entgiftung liegt der Weg zur Heilung."

Als einer der ersten greift N e u t r a (1919) die Hypnose zur seelischen Heilung der Morphinisten auf. Er versucht die Sehnsucht nach Morphin suggestiv in Abscheu umzuwandeln, indem er sich an den Selbsterhaltungstrieb wendet und dem Patienten in der Hypnose die Schrecken des Morphinismus ausmalt. Voraussetzung allerdings seien Heilungsbereitschaft und keine psychotischen Störungen beim Patienten. Obwohl er Erfolge aufweisen konnte stieß er auf heftigen Widerstand, bei einem Teil der übrigen Ärzteschaft, der mehr tiefenpsychologisch orientiert war.

Während H a h n noch 1928 die drei großen Verfahren, Psychoanalyse (Freud), Analyse nach individualpsychologischen Gesichtspunkten (Adler) und Psychokatharsis (Frank) für etwa gleich wirksam in der psychischen Suchtbehandlung hält, schob sich doch schon zu diesem Zeitpunkt die Psychoanalyse immer mehr in den

Vordergrund (F.M.Meyer, 1932, Geilen, 1928).

Kramer (1937) empfiehlt folgendes Vorgehen nach dem Abklingen der letzten Entzugerscheinungen:

- zunächst erhebe man eine subjektive und objektive Anamnese über Kindheit und Pubertät.
- dann führe man dem Kranken sein eigenes Bild vor Augen, versuche ihn zum Mut zur eigenen Person zu erziehen und zeige ihm seine Grenzen.
- nun hebe man die dem Patienten eigenen destruierenden Eigenschaften aus ihrer Dominanzstellung und werte ihre Kräfte um.
- dabei gelte das Milieu des Kranken zu beachten und ihn dafür stark zu machen.
- man versuche nicht Grundeinstellungen, wie z.B. Depressivität gänzlich zu ändern, er soll damit leben lernen.
- immer wieder solle man dem Kranken das Gefühl der Befreiung vom Gift vor Augen führen und in ihm ein Gefühl der Erlösung wecken.

Friedländer (1928) hält alle diese aufdeckenden Verfahren für aussichtslos, wenn bei den Morphinkranken nicht zusätzlich eine sog. "Willensbehandlung" durchgeführt würde: Man müsse dem Patienten ein Lebensziel vor Augen führen, das er mit einem festen Willen zum Gesundwerden und Gesundbleiben zu erreichen suchen soll. Wuth (1934), der auch die anderen Verfahren angewandt hat, schließt sich mit seiner "redukativen" Methode daran. Mit einer straffen Tageseinteilung, die sich neben Sport hauptsächlich aus einer körperlichen und geistigen Arbeitstherapie zusammensetzt, sieht er die besten Erfolge für eine "Wiedererziehung und Kräftigung des Willens." Wesentlich schärfer hat dies schon vorher Rode (1931) formuliert. Er findet die in den psychiatrischen Kliniken übliche Beschäftigungstherapie nicht ausreichend. Strenge Arbeit im Garten, auf dem Feld und im Moor diene der Reedukation besser. Das disziplinarische Moment solle überwiegen, die ärztliche Behandlung

nur sekundär sein. Die Arbeit solle dem Kranken ein Äquivalent für sein Suchtmittel in somatischer und psychischer Hinsicht sein.

Zur Frage, wo die Entziehung durchgeführt werden solle, wurde nach einer Umfrage an sämtlichen deutschen Nervenkliniken der geschlossenen Abteilung der absolute Vorrang gegeben (W o l f f , 1928).

J o e l und F r ä n k e l (1925) befürworten Spezialkliniken, wo die Kranken zu keinem Zeitpunkt unbeaufsichtigt sind.

Als einer der wenigen setzt sich F.M.M e y e r (1936) für die Behandlung in offenen kleinen Heimen ein, wo er selbst mit sehr guten Erfahrungen praktiziere. Er sieht im familiären Charakter, im ständigen allernächsten Kontakt mit den Kranken, und im Fehlen jedes unnötigen Zwanges für die sowieso schon labilen Patienten die größten Vorteile. Allerdings dürften auf einen Arzt maximal nur fünf Patienten treffen. Grundvoraussetzung sei die Aufopferungsbereitschaft des Arztes bei Tag und Nacht. Der Klinikaufenthalt solle sechs Wochen nicht überschreiten, da der Kranke nach längerem Aufenthalt kaum mehr in den Alltag zurückfände und sozial entwurzelte, was wieder suchtauslösend wirke.

Ein ideales Beispiel über die Dauer der Morphinentziehung gibt uns F.M.M e y e r (1935) mit seinem " Aufbaujahr des Morphin-kranken ":

- 1.1. - 11.2. Klinische Kur (somatischer Entzug und Beginn der psychischen Behandlung)
- 12.2. - 12.4. 3mal pro Woche ambulante psychische Behandlung
- 13.4. - 20.4. erste Quarantäne (Kontrolle)
- 21.4. - 21.7. 2mal pro Woche ambulante psychische Behandlung
- 22.7. - 29.7. zweite Quarantäne
- 30.7. - 30.11. 2mal pro Woche ambulante psychische Behandlung
- 1.12. - 8.12. dritte Quarantäne
- 9.12. - 31.12. 1mal pro Woche ambulante psychische Behandlung

Zum Schluß sei noch die "Methode nach Kahle" angeführt, die um

1927-1929 erhebliches Aufsehen erregte und sogar in den USA zum Begriff wurde.

Nach einer sog. "Geheimmethode" behandelte K a h l e in seinem Privatsanatorium Morphinisten. Er wies nach eigenen Angaben (1927) den umwerfenden Heilungserfolg von 98% vor, was das Reichsarbeitsministerium veranlaßte, einen Vertrag mit ihm einzugehen. Kahle bekam für eine dreiwöchige Kurzkur 1500 DM (D a v i d, 1929). Die erbitterten Angriffe und Nachforschungen von A s c h a f f e n b u r g (1928), D a v i d (1929) und S c h l o m e r (1928, 1931) ergaben von Kahle das Bild eines geldgierigen Scharlatans, der mit Hilfe der sexuellen Ausstrahlung seiner Frau, durch Sauf Touren mit Patienten und durch allerlei Manipulationen seine Kuren würzte, und der eine mehr populäre als medizinische Bedeutung erlangte.

T H E R A P I E E R F O L G E U N D P R O G N O S E N

Die ungünstige Prognose, die E r l e n m e y e r (1883) und K r a e p e l i n (1909) in der Vorkriegszeit und auch W e i s s noch 1920 mit über 90 Prozent Rückfällen angeben, führte in weiten Ärztekreisen zu einem therapeutischen Nihilismus, der sich gerade beim Morphinismus ungemein nachteilig auswirkte. Viele Ärzte gaben ihren Süchtigen in Anbetracht der infausten Prognose weiter ihre Suchtmittel. Es war das Verdienst von B o n - h o e f f e r (1926), J o e l und F r ä n k e l (1924) und F. M. M e y e r (1932), das Gerücht vom unheilbaren Süchtigen aus der Welt zu schaffen und neuen therapeutischen Mut zu machen. Leider enthält die Literatur keine speziellen Angaben über die Ergebnisse der Therapie von Kokainisten, so daß wir uns auf die Morphinisten beschränken müssen.

J a n s e n (1924) teilt sie allgemein in zwei Gruppen:

- Morphinisten auf Grund chronischer, körperlicher Beschwerden

- Morphinisten auf Grund psychopathischer Veranlagung

Die erste Gruppe beurteilt er als prognostisch günstig, die zweite als ungünstig. (Ähnlich J o e l und F r ä n k e l, 1925)

Bei seinen Nachuntersuchungen von 119 Katanamnesen Morphin-süchtiger, die von 1917-1925 an der Charité waren, findet S c h w a r z (1927) nach einem Jahr 42 Prozent geheilt, 35 Prozent als rückfällig und 16 Prozent als fraglich.

An der Königsberger Klinik kommt R i e c h e r t (1931), der unter gleichen Bedingungen 66 Morphinisten aus den Jahren von 1921-1929 untersucht, zu ähnlichen Ergebnissen: Geheilt: 44,74 Prozent, rückfällig: 39,45 Prozent, fraglich: 15,79 Prozent.

S p i e g e l (1936) findet in den Jahren 1925-1935 an der Münchner Universitätsnervenklinik bei 111 Patienten eine Rück-fälligkeitsquote von 59 Prozent, ohne jedoch einen zeitlichen Be-zug herzustellen.

H a a c k (1945) beobachtet bei 37 Patienten eine Rückfällig-keit von 71,5 Prozent nach 10 Jahren.

Vergleicht man nochmals tabellarisch die Ergebnisse früherer Autoren mit den Werten nach Einsetzen einer verstärkten Therapie, so ergeben sich doch günstigere Aspekte (Tab.11).

Autor	Jahr	rückfällig	fragl.rückf.	zeitl.Bezug
E r l e n - m e y e r	1883	93 %	-	keine An- gaben
K r a e p e -	1909	95 %	-	"
-----↓ Einsetzen der gezielten Therapie ↓-----				
S c h w a r z	1927	35 %	16 %	nach 1Jahr
R i e - c h e r t	1931	39,5 %	15,8 %	"
S p i e g e l	1936	59 %	-	keine An- gaben
H a a c k	1945	71,5 %	-	nach 10Jahr.

Tab.11: Rückfälle unter geheilten Morphinisten vor und nach dem Einsetzen einer gezielten Therapie.

Eine Untersuchung von 647 kriegsbeschädigten Morphinisten lieferte allerdings 1931 ein weniger ermutigendes Ergebnis (D a n s a u e r und R i e t h) (Tab.12).

Jahre nach erfolgtem Entzug	geheilt:	rückfällig:
nach 1 Jahr	18,4%	81,6%
nach 3 Jahren	6,9%	93,1%
nach 5 Jahren	3,3%	96,7%

Tab.12: Rückfälle von geheilten kriegsbeschädigten Morphinisten nach einem, drei und fünf Jahren (nach D a n s a u e r und R i e t h, 1931).

Die Autoren führen die schlechten Heilungsziffern auf die erleichterte Beschaffung von Morphin für die Kriegsbeschädigten zurück. Denn diese seien in der Nachkriegszeit von den Ärzten bevorzugt mit morphinhaltigen Präparaten gegen ihre oft schwersten Schmerzzustände behandelt worden.

Im Zusammenhang mit der Prognose weist F.M.M e y e r (1933) auf das wichtige Kriterium der Behandlungsintensität hin. (Anm.: Das z.B. unter den obigen Autoren nur von S p i e g e l berücksichtigt wird.) Unwirksame 14tägige Kurzkuren verschlechterten die Prognose erheblich. Er komme mit seiner Behandlungsweise (im Therapiekapitel beschrieben!) bei einem Gesamtkrankengut von 37 Patienten auf nur 16,3 Prozent Rückfälle nach 3 Jahren.

Eine interessante Unterscheidung treffen sowohl R i e c h e r t (1931) wie S c h w a r z (1927) im Hinblick auf " endogene Faktoren " bei der Suchtprognose: Die epileptoide Persönlichkeitsstruktur zeige eine sehr ungünstige Heilungsaussicht, während die depressiv strukturierten Morphinisten wesentlich günstigere Voraussetzungen zeigten.

Das Ergebnis von S c h w a r z, daß die Prognose um so günstiger ist, je später im Alter die Sucht beginnt, kann R i e -

c h e r t nicht bestätigen.

Dafür findet er mit zunehmender Länge des Morphinismus und der Zahl der Rückfälle parallel eine Verschlechterung der Prognose,

Auch vom Geschlecht her sieht er Unterschiede. Die Heilungsaussichten bei Frauen gestalteten sich um den Faktor 1,4 besser.

ZUSAMMENFASSUNG DER GRÜNDE FÜR DAS ABKLINGEN DER SUCHTWELLE

Die Gründe für das Abklingen des Kokainismus und Morphinismus im Rahmen der Suchtwelle nach dem Ersten Weltkrieg in Deutschland erwiesen sich in wichtigen Punkten grundsätzlich verschieden. Dies drückte sich auch im unterschiedlichen zeitlichen Verlauf aus.

So trug die Konsolidierung der politischen und ökonomischen Verhältnisse mitte der Zwanziger Jahre wesentlich zum Rückgang des Kokainismus, der sich gerade unter den Arbeitslosen und Jugendlichen breitgemacht hatte, bei. Außerdem stellte sich beim Kokain schon nach relativ kurzer Zeit ein Nachschubmangel ein, der bedingt war durch den Aufbrauch der ehemaligen Heeresbestände, durch die Einschränkung der medizinischen Kokainindikation, durch Ersatzpräparate und durch das Kokaingesetz von 1922, das eine deutliche Produktionsminderung nach sich zog. Nicht zuletzt ging auch eine Modeerscheinung vorüber. Bereits 1927, als der Morphinismus seinem Höhepunkt zustrebte, war der Kokainismus fast völlig verschwunden.

Die Stabilisierung der Verhältnisse schien den Verlauf des Morphinismus, der vor allem beim Mittelstand zu finden war, kaum zu beeinflussen. Auch materielle Schwierigkeiten bestanden auf Grund der hohen Produktionsziffern und des großen Indikationsbereiches nicht. Hauptsächlich die massive und erstmalig systematische Bekämpfung des Rauschmittelmissbrauchs durch den Staat und seine exekutiven Organe, die zu Beginn der Dreißiger Jahre ein-

setzte, zeigte sich für den abrupten Rückgang zwischen 1929 und 1935 verantwortlich. Es entstand gewissermaßen eine reaktive "Gesetzeswelle."

Schließlich halfen auch verbesserte medizinisch - therapeutische Verfahren, die Zahl der Morphinisten, aber auch der Kokainisten, zu verringern und die Prognose günstiger zu stellen.

VERGLEICHBARKEIT MIT DER JETZIGEN DROGENWELLE

Im Folgenden gehen wir hauptsächlich auf die Punkte ein, in denen die gegenwärtige Drogenwelle mit der damaligen in tatsächlich vergleichbarer Beziehung steht. Dabei haben wir der Tatsache, daß es sich heute größtenteils um andere Gruppen von Drogen (Amphetamine, Haschisch, LSD, Tranquilizer etc.) handelt - soweit als möglich - Rechnung getragen. Unter den heutigen Gesichtspunkten der Drogenabhängigkeit berücksichtigen wir auch persönliche Erfahrungen an der Drogenberatungsstelle des Münchner Stadtjugendamtes.

ZUM URSACHENKAPITEL

1. Politische und ökonomische Aspekte

Während die persönlichen Bedingungen des Krieges und ihre wirtschaftlichen Folgen einen wesentlichen Einfluß auf den Gesamtverlauf der Rauschmittelwelle der Zwanziger Jahre genommen hatten, waren bei der jetzigen Welle politische Gründe nur der Anstoß für ihre Entwicklung (1967/68): Politische Studentengruppen (APO = Außerparlamentarische Opposition), die sich aus gesellschaftlichem Protest zusammengeschlossen hatten, waren zunächst die Konsumenten, vor allem von Haschisch.

In den Jahren 1969/70 kam es dann unter diesen Gruppen zu einer Abkehr von der Droge und zu aktivem direktem politischen Handeln (ähnlich wie bei vielen jugendlichen Kokainisten Mitte der Zwanziger Jahre). Der weitere Verlauf der Drogenwelle kann nicht mehr als Politikum gesehen werden.

Der starke Ausbau der verkehrstechnischen Möglichkeiten, der schon nach dem Zweiten Weltkrieg zum Austausch aller möglichen "Kulturgüter" geführt und erstmals breite Kontakte zu fremden Völkern geschaffen hatte, hat bis heute noch wesentlich günstigere Bedingungen für eine Suchtausbreitung geschaffen. Vor allem

Drogenerfahrungen, die Jugendliche von ihren sog. "Trip-Reisen" in die östlichen Länder (Türkei, Indien, Nepal), - nach dem Vorbild bekannter Musiker der pop-scene- mitbrachten und internationale besuchte Hippie - Dörfer auf einigen Mittelmeerinseln hatten einen fördernden Einfluß auf die weitere Suchtausbreitung.

In diesem Zusammenhang führte auch die sicher wirtschaftlich notwendige Ausländerbeschäftigung zur weiteren Verbreitung und zu illegalem Nachschub von Rauschdrogen (Haschisch, Opiate), was auch die hohe Ausländerbeteiligung an Rauschgiftdelikten beweist (30% nach Angaben der B u n d e s r e g i e r u n g , in: " Dokumente zum Drogenproblem ", 1972).

2. J u r i s t i s c h e A s p e k t e

Die gesetzliche Reaktion auf die gegenwärtige Rauschdrogen - Welle zeigte sich im Gegensatz zu der nach dem Zweiten Weltkrieg wesentlich prompter:

1970: Programm zur Bekämpfung des Drogen - und Rauschmittelmisbrauchs;

1971: Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes;

1974: Neue Abgabeverordnung für Betäubungsmittel.

Allerdings fand auch dabei die gesetzlich - pharmazeutische Problematik wieder nicht genügend Berücksichtigung. Zwar sind inzwischen allgemein die pharmakologischen Kontrollen vor Einführung eines Medikamentes wesentlich verschärft worden, aber immer noch ist keine Testung erforderlich, ob es suchterzeugend wirkt.

Eine bewußte Irreführung durch die Pharmazeutische Industrie (wie wir es z.B. beim EUMECON gesehen haben) scheint heute zwar nicht mehr möglich, aber immer noch fehlt in den Verpackungen und Werbungen der Hinweis auf die Möglichkeit der suchterzeugenden Wirkung. In der Werbung einiger Firmen werden z.B. Tranquilizer als " Basismedikation " aller Fachbereiche, als " Sonnenbrille der Seele " und als " Stoßdämpfer der Psyche " empfohlen, ohne auf ihre Gefahren aufmerksam zu machen (M a t t k e , 1971). Fundierte und in Fachkreisen anerkannte Untersuchungen über die suchterzeugende Wirkung der Amphetamine, Hypnotika,

stark wirksamen Analgetika und Tranquilizer werden ignoriert (K i e l h o l z und L a d e w i g, 1972).

Obwohl spezielle Arzneimittelkommissionen für die Erkennung gefährlicher Stoffe eingesetzt sind, zeigt doch die Praxis ein ständiges Nachhinken dieser Organe um einige Jahre hinter den jährlich neu erscheinenden Medikamenten. Auf diesem Gebiet bietet sich uns also eine ähnliche Situation wie vor 40 Jahren.

Die illegale Beschaffung der Suchtmittel durch die heutigen Konsumenten ist weggekommen von den Straßenverkäufern, Rezeptfälschern, Portiers, Apothekern etc., sie zeigt in der BRD hauptsächlich zwei Quellen, die ein organisiertes Verteilernetz nähren:

- Den organisierten Schmuggel, mit einer hohen Ausländerbeteiligung (Schätzwert: 20-50 Prozent).
- Die Apotheken - und Arztpraxeneinbrüche, die von 31 (1968) auf 2713 (1971) emporgeschnellt sind.

(Beide Angaben: B u n d e s r e g i e r u n g, 1972 a.a.O.).

3. I a t r o g e n e A s p e k t e

Bei dem suchtmäßigen Gebrauch von Opiaten, Kokain und den z.T. in der Psychiatrie verwandten Halluzinogenen spielt der iatrogene Einfluß heute kaum noch eine Rolle: dem Arzt ist der Risikofaktor Sucht bei diesen Stoffen voll bewußt; die Indikationen sind auf ein Minimum reduziert; die Verschreibungsmengen unterliegen genauer Registrierung durch Arzt und Apotheke (Morphinbuch, Kokainbuch) und der routinemäßigen Kontrolle durch die Gesundheitsbehörden.

Allerdings scheint sich dieses Verantwortungsbewußtsein bei den psychotropen Substanzen der Gruppe der Amphetamine, Hypnotika, Analgetika und Tranquilizer in weiten Kreisen der praktizierenden Ärzteschaft noch nicht in gleichem Maße durchgesetzt zu haben. So erhalten z.B. 30 bis 40 Prozent aller Patienten in den

Sprechstunden der Internisten und Allgemeinmediziner ein Psychopharmaka - Rezept (B o c h n i k , 1970). Die häufig infolge Zeitmangels kritiklose Übernahme der Pharmazeutischen Werbung und ihre ebenso kritiklose Anwendung haben z.B. zu einer Tranquilizer - Welle geführt, die nach P e t e r s (1971) quantitativ höher als die Haschischwelle ist. Wie groß das allgemeine Bedürfnis nach diesen Substanzen ist, stellt H a a s e (1969) in einer Umfrage bei frei praktizierenden Ärzten fest: Jeder vierte Arzt gab an, Patienten hätten Druck auf ihn ausgeübt, Präparate mit Tranquilizer - Wirkung zu erhalten. Unwillkürlich drängt sich hier der Vergleich mit der Morphinwelle der Zwanziger Jahre auf, die ebenfalls durch die breite Indikationsstellung und unkritische Anwendung vieler Ärzte unterhalten wurde.

4. S o z i o l o g i s c h e A s p e k t e

Waren bei der Morphin - und Kokainwelle noch alle Altersgruppen, mit besonderer Betonung der Jugend, betroffen, so muß man heute grundsätzlich zwei Altersgruppen unterscheiden (K i e l - h o l z und L a d e w i g , 1972):

- a) Eine Gruppe von Jugendlichen im Alter von 14 bis 22 Jahren, die hauptsächlich Erfahrungen mit Haschisch, LSD, Weckaminen und Opiaten besitzen.
- b) Eine Gruppe von Erwachsenen im Alter von 30 bis 45 Jahren mit Mißbrauch von Tranquilizern, Hypnotika und Analgetika.

In beruflicher Hinsicht konnten wir unter den damaligen Süchtigen ein relatives Überwiegen der Ärzteschaft, sowie einen Trend einerseits der Arbeiterschaft und Jugend zum Kokain, andererseits des Mittelstandes zum Morphin erkennen. Heute zeigt sich bei der Gruppe a) eine deutliche Mehrheit der Schüler und Studenten (60%), vor Angestellten (14%), Arbeitern (9%), Lehrlingen (5%) und verschiedenen Berufen (12%). Der Anteil der männlichen Drogenkonsumenten beträgt, ähnlich den damaligen Verhältnissen 70 Prozent, der weiblichen 30 Prozent (H e r h a , 1973). Bei der Gruppe b) finden sich die Frauen (Berufstätige

und Hausfrauen) eindeutig höher betroffen als die der Männer, die im übrigen vorwiegend aus Facharbeiterberufen kommen (K i e l - h o l z, 1972).

Vergleichen wir den gesellschaftlichen Hintergrund der damaligen Rauschmittelwelle mit der jetzigen, so müssen wir erstaunlicherweise feststellen, daß sowohl eine " Notstandsgesellschaft " wie auch eine " Wohlstandsgesellschaft " die soziologische Basis für die Entstehung einer Suchtwelle bilden können. Während sich die Rauschmittelsucht damals mehr in einer Art Fluchtreflex vor einer existentiellen Bedrohung im materiellen Bereich geäußert hat, zeigt sich jetzt innerhalb der Wohlstandsgesellschaft die Drogenabhängigkeit mehr als Flucht vor einer existentiellen Bedrohung im psychischen Bereich. Letzteres ist insbesondere bei der heutigen Jugend zu spüren:

Die Erfahrungen ihrer Eltern (Nationalsozialismus, Krieg, Nachkriegszeit) bringen Haltungen mit sich, die von der jungen Generation nicht verstanden und abgelehnt werden. Die Jugend kann sich nicht mehr mit der Haltung ihrer Väter identifizieren, die alles entidealisiert und nur nach materieller Sicherheit und Wohlstand strebt. Sie " verlieren " ihre Väter und durch die falschverstandene Gleichberechtigungshysterie auch ihre Mütter. Die mehr oder minder bewußte Kapitulation vieler Jugendlichen vor der hochgezüchteten Leistungsgesellschaft mit all ihren Anforderungen, Stress, Entfremdung und Kontaktarmut im persönlichen und emotionalen Bereich führt - ähnlich dem " Zurück zur Natur "(Hippie-Bewegung) - zu einem Zurück zu sich selbst, zu einer "Emigration nach innen." Wie tiefgreifend diese Resignation sein kann, äußert sich im parallelen Anwachsen von Drogenkonsum und Suicidalität Jugendlicher. Circa 50 Prozent der Drogenabhängigen haben Suicidversuche in ihrer Lebensgeschichte (B a t t e g a y, 1965). Daneben aber wecken diese Frustrationen auch die Sehnsucht nach einer neuen Identität in einer heilen Welt, die die Jugendlichen häufig in der pop - scene, in der underground - Bewegung oder in der Hippie - Kultur zu finden glauben. In vielen dieser Gruppen wird der Gebrauch von Ha-

schisch und LSD ritualisiert (Timothy Leary), ähnlich wie wir es schon bei den sog. Kokainistengemeinden der Zwanziger Jahre gesehen haben, die damit durchaus soziologische Parallelen zu den heutigen Gruppen aufweisen.

Genauso wie sich die Kokainisten damals häufig aus den Kreisen der Bohème zusammengesetzt hatten, finden wir bei den heutigen jugendlichen Drogenkonsumenten viele, die sich bewußt als " outsider " erleben, sich absetzen wollen, indem sie eine eigene Ideologie und einen Lebensstil etwa im Sinne Timothy Learys entwickeln. So wurde z.B. die östliche Philosophie, Religion und Meditation zur Modeerscheinung. Drogenkonsum wird als *conditio sine qua non* eines elitären Selbstbewußtseins verstanden, ähnlich wie das Kokainschnupfen der Künstler in den Zwanziger Jahren. Nur aus der Rolle des " Kiffers " oder " Fixers " leiten viele Jugendliche ihr Selbstbewußtsein ab (" ich bin wer, ich bin Fixer, bin junkie ").

Auch in dieser Hinsicht sind der jetzige Haschisch/LSD-Konsum und der damalige Kokainkonsum durchaus vergleichbar. Beide sind Bindemittel für Gleichgesinnte (auf die Droge bezogen, die "prämorbid" Interessen und Persönlichkeiten können verschieden sein). Beide schaffen Gemeinsamkeits - Gruppen - oder Zugehörigkeitsgefühl und überwinden neurotische Kontaktstörungen und Hemmungen. Morphin (und Heroin) ist demgegenüber die Rauschdroge des Vereinzelten und Einsamen, denn es macht einen Rausch, in dem keine Außenkontakte mehr gesucht werden.

Die soziologischen Gründe für den Rauschmittelabusus der vorher angeführten Gruppe b) sind neben den schon besprochenen Gründen (Bedürfnis durch Werbung) auch auf die erhöhten Anforderungen der Leistungsgesellschaft zurückzuführen, die oft nur mit Hilfe dieser Substanzen bewältigt werden können (St ö s s e l, 1973). Vom soziologischen Gesichtspunkt her lassen sich hier keine Vergleiche zur Rauschmittelwelle der Zwanziger Jahre ziehen.

5. Psychiatrische Aspekte

Die psychiatrisch - psychologische Auffassung von der Aetiology der Sucht hat sich in dem Maße gewandelt, in dem sich die Psychiatrie als solche weiterentwickelt hat.

Von der Behauptung, daß alle Drogenabhängigen angeborene Charakterabnorme, also Psychopathen sind, ist man heute allgemein abgekommen, da man feststellte, daß sie sich auf Untersuchungen an chronisch Toxikomanen stützt, bei denen die Persönlichkeitsstruktur sekundär durch die Droge verändert wurde (K i e l h o l z und L a d e w i g, 1972). Lediglich dissoziale Komponenten der Persönlichkeit, bei denen es sich nach H o b i (1973) um eine konstitutionell bedingte Labilität der affektiven und ich - haften Zensur handelt, finden in einigen extremen Fällen Berücksichtigung (Der alte Psychopathie - Begriff wird hier also - in Anlehnung an Schultz - Henke - für einen erheblich eingeschränkten Personenkreis wieder angewendet).

Die neurotische Genese der Sucht im Sinne Freuds steht - neben der soziologischen Genese - im Vordergrund der heutigen Überlegungen (z.B. M i t s c h e r l i c h, 1957, 1963).

Im Gegensatz zu früher werden heute zusätzlich objektive psychologische Verfahren (Persönlichkeitstests, standardisierte Tiefeninterviews) unterstützend zu ihrer Erforschung eingesetzt. Nach diesen Erkenntnissen gibt es keine spezifische Sucht - Neurosenstruktur. Diskutiert werden allgemein Ich - Lösungs - Ich - Findungsstörungen, sog. Identitätskrisen (H o b i, 1973).

Zusätzlich dazu tritt heute ein neuer stark beachteter Aspekt, der allerdings schon bei J o e l und F r ä n k e l (1924) und A d l e r (1932) angeklungen ist: Die Anerkennung familiärer und soziokultureller Faktoren in ihrer Bedeutung für die gesunde oder gestörte Persönlichkeitsentwicklung des einzelnen: Viele der Süchtigen stammen aus zerrütteten Familien ("broken home", 63-82% nach H o b i, 1973), viele aus zu verwöhnenden Verhältnissen ("over - protection", 23% nach H e r h a, 1973), über 35 Prozent

haben Schulschwierigkeiten (B s c h o r, 1970), und die Mehrzahl ist besonderen sozialen Belastungen ausgesetzt (K i e l h o l z und L a d e w i g, 1972).

Im Gegensatz zur starken Betonung der Primärpersönlichkeit in den Zwanziger Jahren wird die Drogenabhängigkeit heute vom psychiatrischen Standpunkt aus multifaktoriell als psycho-soziale Krankheit verstanden und therapiert. Die nachstehende Abbildung soll einen Eindruck davon vermitteln (Abb.10).

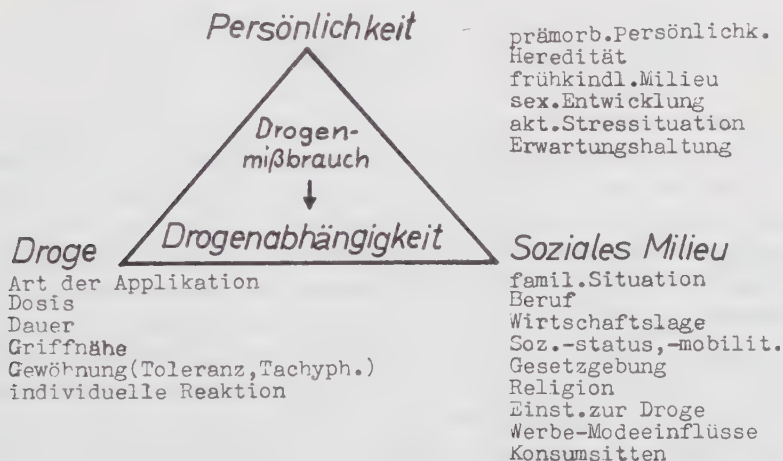


Abb.: 10: Entstehungsursachen der Drogenabhängigkeit (nach K i e l h o l z und L a d e w i g, 1972).

Neu kommt in den letzten Jahren auch noch das verhaltens-theoretische Verständnis des Suchtbegriffs (Konditionierung, be-dingte Reize) und der daraus resultierende therapeutische An-satz hinzu (z.B. bei T h o m p s o n and P i c k e n s, 1969). So soll es durch die wiederholte Lösung von unlustbetonten Erleb-nissen mit Hilfe der Droge zum Einschleifen eines Reflexverhal- tens (Unlust → Suchverhalten → Belohnung) kommen, das über be-wußte Motivation hinausgeht und tierexperimentell nachweisbar ist.

Die hereditären Faktoren (Suchtveranlagung), die einige Autoren der Nachkriegssuchtwelle mit 30 - 65 Prozent angeben (s.d.), werden gegenwärtig insbesondere von den Vertretern der soziologischen Aetiologie der Sucht vernachlässigt, obwohl auch heutige Untersuchungen eine erbliche Belastung zwischen 10 Prozent (Herha, 1973) und 60 Prozent (Kielholz und Battelgay, 1967) angeben.

ÜBERBLICK ÜBER VERLAUF UND STAND DER DERZEITIGEN DROGENWELLE

Nach einem Bericht der Bundesregierung (1972, a.a.O.), bei dem es sich um Schätzwerte auf der Basis repräsentativer Erhebungen handelt, kam die heutige Drogenwelle in den Jahren 1967/68 zum Ausbruch und erreichte 1970 in der Gruppe der 15 bis 25-jährigen ihren Höhepunkt (30% aller Jugendlichen hatten zu diesem Zeitpunkt Drogenerfahrung, bei 3% bestand suchtmäßiger Gebrauch). Danach kam es unter dieser Gruppe wieder zum langsamen Abklingen (1971: 22% Drogenerfahrung, 22% abhängig; 1972: 5% Drogenerfahrung, 0,5% abhängig). Ganz klar geht ebenfalls aus diesem Bericht hervor - was sich auch mit den Erfahrungen an der Münchner Drogenberatungsstelle deckt -, daß es auf Kosten des " milden Konsums " (Haschisch) zur Bildung eines " harten Kernes " (Heroin, LSD, LSD-DOM, Opiate, " speed-trips " = Amphetamine i.v.) gekommen ist. Die derzeitige Zahl der Jugendlichen letzterer Zuordnung beträgt etwa 50 000 - 80 000 (= 0,2%) in der gesamten BRD und scheint im Zunehmen begriffen zu sein. Eine ähnliche Entwicklung wurde in den Zwanziger Jahren nicht beschrieben. Dort war mehr ein Umsteigeeffekt auf die Morphinderivate, die der Rezeptpflicht noch nicht unterlagen (Codein etc.), feststellbar - ähnlich dem Umsteigen vieler heutiger jugendlicher Rauschmittelabhängiger auf rezeptfreie

Hypnotika, Stimulantia und Tranquilizer.

Die derzeitige allgemeine Psychopharmakawelle, die ihren Schwerpunkt bei den Erwachsenen hat und die nach P e t e r s (1971) ein " bürgerliches Pendant zur Haschischwelle " ist, zeigt im Gegensatz zu dieser noch keine Rückbildungstendenz (S t ö s s e l, 1973). Die hohen Verbrauchssteigerungen insbesondere bei den Tranquilizern (bei VALIUM betrugen sie z.B. zwischen 1965 und 1969 400%, M a t t k e, 1971) scheinen weiter anzuhalten (S t ö s s e l).

ZU DEN GRÜNDEN FÜR DAS ABKLINGEN DER DROGENWELLE UNTER DEN JUGENDLICHEN

1. Politische, ökonomische und soziale Verhältnisse

Hier zeigt sich keine Parallele zum Abklingen des Drogenkonsums in den Zwanziger Jahren (Behebung der Nachkriegsfolgen, Ende der " Goldenen Zwanziger Jahre ", Aufkommen des Nationalsozialismus). Die heutigen politischen, ökonomischen und sozialen Verhältnisse sind seit dem Ausbruch der Drogenwelle (1967) annähernd gleich geblieben. Damals half eine Art " Geschichtlicher Selbstheilungsprozess" mit, die Rauschmittelwelle zu überwinden, heute ist es, auf kurze Sicht gesehen, sicher falsch, darauf zu warten, gerade im Hinblick auf die Entwicklung des sog. "harten Kernes" und des steigenden allgemeinen Psychopharmakaverbrauchs.

2. Juristische, polizeiliche und medizinisch - pharmazeutische Maßnahmen

Es ist ein auffallendes Resultat, daß vorwiegend juristische, besonders strafrechtliche Bestimmungen und die damit verbundenen polizeilichen und medizinisch - pharmazeutischen Maßnahmen die Morphinwelle von damals zum Abklingen gebracht zu haben, und weniger therapeutische Verfahren. Dies impliziert für heute die For-

derung nach strikter Anwendung der bereits verschärften Strafbestimmungen (BtmG 1971).

Auf der anderen Seite sollte man berücksichtigen, daß sich die gegenwärtige Welle trotz bereits vorhandener strenger Regelungen (BtmG, Arzneimittelverordnung, Polizeimaßnahmen, Zoll) entwickeln konnte. Dies deutet daraufhin, daß psychische und gesellschaftlich relevante Faktoren dabei nicht übersehen werden dürfen. Beachtet man diese nicht zusätzlich, so läuft die Gesellschaft Gefahr, sich potentielle Abweichler durch harte strafrechtliche Behandlung noch weiter zu entfremden und durch übertrieben harte Maßnahmen auf lange Sicht das Entstehen von dissozialem und kriminellem Verhalten zu fördern. Bei einer einseitigen Verfolgung der " illegalen " Rauschdrogen (Haschisch, LSD, Opiate etc.) und ihrer Konsumenten besteht zudem die Gefahr der " Symptomverschiebung auf " legale " Drogen (Tabletten, Alkohol), was sich nach Angaben der B u n d e s r e g i e r u n g (1972, a.a.O.) jetzt schon deutlich bemerkbar macht.

Z U R T H E R A P I E

Der Schwerpunkt der damaligen Therapie galt vorwiegend dem körperlichen Entzug. Die Bedeutung einer zusätzlichen psychischen Behandlung ist zwar von vielen Autoren erkannt worden, aber nur einige haben spezifische Verfahren (Hypnose, Psychoanalyse) vorge-schlagen oder gar verwandt. "Psychotherapie" wurde mehr im Sinne einer allgemein menschlichen, wohlwollenden Verhaltensanleitung betrieben. Es fehlte an Systematik und Erfahrung auf dem Boden wissenschaftlich-theoretischer Grundlagen. Die therapeutische Richtung jedenfalls hatte man klar gesehen.

Heute, vor dem Hintergrund einer multifaktoriellen, psychosozialen Suchtentstehung, haben sich die Methoden weiterentwickelt und versuchen auf verschiedenen aetiologischen Ebenen anzugreifen. Der Idealfall zeigt eine Art Stufenplan der Behandlung Drogenabhängiger:

Drogenberatungsstellen als Bindeglied zwischen Drogenabhängigen und therapeutischen Institutionen → Tag - und Nachtzentren unter Leitung von Sozialarbeitern und ehemaligen Drogenabhängigen zur Erlernung von einzelnen einfachen sozialen Verhaltensweisen, Verantwortung für die Gemeinschaft, aber auch einer Motivation zum Drogenentzug → klinische Entgiftung mit dem Ziel der totalen Abstinenz (besonders bei Opiat - und Amphetaminabhängigen erforderlich). → Eingliederung in eine therapeutische Gemeinschaft mit weiteren Rauschmittelabhängigen unter der Leitung eines Psychotherapeuten. Gruppentherapie unter Ausnutzung gruppenspezifischer Gesichtspunkte. (Besondere Bedeutung haben daneben auch sog. Release - Gruppen, die eine Selbsthilfe der Jugendlichen darstellen und ebenfalls auf gruppenspezifischer und sozialtherapeutischer Ebene arbeiten). → Wiedereingliederung in die Gesellschaft mit der Möglichkeit einer individuellen oder gruppenorientierten Nachbetreuung. → Rückfallprophylaxe durch ständige Kontakte, Information und Beratung mit einer kompetenten Institution (B a r t h, 1972; K i e l h o l z und L a d e w i g, 1972; M a t t k e, 1971).

Wie schlecht diese erfolgsversprechenden Konzepte jedoch vor dem realen Hintergrund der mangelnden psychiatrischen Versorgung in der BRD verwirklicht werden können, beweisen die Zahlen von D e g k w i t z (1971):

Fehlbestände an:	Psychiatern	: 106%
	Sozialarbeitern	: 558%
	Beschäftigungstherapeuten	: 1011%
	Pflegepersonal	: 48%
	Diplompsychologen	: 2122%

T H E R A P I E E R F O L G E U N D P R O G N O S E

Die konventionell ausgeführten stationären Entziehungskuren (sechsmonatige Entzugskur mit allgemein - psychiatrischer Behandlung) zeigen unter den heutigen jugendlichen Drogenabhängigen

eine beinahe noch höhere Rückfälligkeitsquote als bei den Süchtigen der Zwanziger Jahre. So beträgt heute die Rückfälligkeit im Durchschnitt 90 Prozent (B u n d e s r e g i e r u n g , 1972) unter dieser Therapie, speziell bei den Opiatsüchtigen sogar 98 Prozent (B a r t h , 1972). Über die angelaufenen gruppentherapeutischen, sozialtherapeutischen und Release - Verfahren gibt es bis jetzt infolge der kurzen Laufzeit keine repräsentativen Zahlen für Deutschland, die Berichte einiger Autoren sind jedoch erfolgversprechend (K i e l h o l z und L a d e w i g , 1972; E h e - b a l d , 1972).

ERGEBNIS DES VERGLEICHES

Es besteht keine pauschale Vergleichbarkeit zwischen der damaligen Rauschmittelwelle (1917 - 1935) und der heutigen (seit 1967). Doch haben sich sechs wichtige Punkte herauskristallisiert, die für die Betrachtung des Gesamtproblems Rauschmittelabhängigkeit von Bedeutung sind:

- 1) Wir finden als Mitursache bei beiden Wellen einen ungenügenden pharmazeutisch - juristischen Rahmen für den Vertrieb und Handel mit psychotropen Medikamenten im weitesten Sinn. Aus der näheren Kenntnis dieser Problematik leiten sich folgende Forderungen ab:
 - Prüfungspflicht bei allen Medikamenten auf eine suchterzeugende Wirkung und entsprechender Vermerk im beiliegenden Verpackungsprospekt.
 - Verbesserung der Organisation und Ausbau des rechtlichen Status der Arzneimittelkommission.
 - Beschränkung der Werbung mit psychotropen Medikamenten bei Arzt und Patient, stattdessen eindeutige Informationen für den Arzt über Indikation und Suchtgefahren.
- 2) Wie bei der damaligen Verbreitung des Morphinismus übt auch heute ein iatrogener Einfluß eine fördernde Wirkung auf die Suchtverbreitung aus, zwar nicht auf die eigentlichen Rauschgifte (Ha-

schisch, LSD, Heroin etc.), aber auf die suchtmäßige Verbreitung der psychotropen Medikamente (Analgetika, Hypnotika, Tranquilizer). Neben der Verbesserung der Informationen für den Arzt stellt sich deshalb auch die Forderung nach einer Neuüberdenkung der Indikationsbereiche der betreffenden Drogen bzw. dem vorausgehenden Versuch einer kausalen Therapie(z.B.Psychotherapie).

3) Die sozialen Bedingungen und die soziologischen Auslöser von damals stehen fast im Gegensatz zu heute. Damals hat ein Zuwenig (Armut, Berufsschwierigkeiten, allgemeine soziale und persönliche Unsicherheit usw.) zur Rauschmittelwelle geführt, während heute ein Zuviel (Wohlstand, Sicherheit, persönliche Freiheit, antiautoritäre Auffassung usw.) auslösend wirkte. Und doch kann man beide Wellen als Flucht vor einer Bedrohung ansehen. Denn der damaligen starken existentiellen Bedrohung im materiellen Bereich steht heute eine existentielle Bedrohung im psychischen Bereich gegenüber, die gerade von Jugendlichen besonders empfindlich erlebt wird: Entfremdung, Leistungsdenken, Haltlosigkeit, Zurückdrängung des Emotionalen, broken home, Mangel an Geborgenheit/Urvertrauen, Vereinsamung.

In den USA gibt es heute beide Beispiele nebeneinander: den Heroin - Mißbrauch in den Neger - slums und den LSD - Mißbrauch im Studentenmilieu.

Sowohl Notzeiten, wie auch Zeiten großen Wohlstands bergen die Gefahr der epidemieartigen Ausbreitung eines Rauschmittelmißbrauchs und führen zu ähnlichen soziologischen Phänomenen innerhalb der Süchtigen ("Koksklubs", Subkultur etc.).

4) Unter diesem Gesichtspunkt ist es erforderlich, daß bei der psychiatrischen Betrachtung der Persönlichkeitsstruktur des Süchtigen soziologische Faktoren und Einflüsse berücksichtigt und daraus therapeutische Konzepte abgeleitet werden müssen. Dafür spricht auch die Tatsache, daß es keine eindeutigen prämorbid psychischen Auffälligkeiten zu geben scheint, die speziell für

die Drogenabhängigkeit disponierend sind.

5) Der positive Einfluß der rechtlichen und polizeilichen Maßnahmen auf die damalige und jetzige Rauschmittelwelle impliziert zwar die gezielte und strikte Anwendung der gesetzgeberischen Möglichkeiten im Rahmen einer " menschlichen " Gesellschaft, führt aber für sich allein gesehen nur zu einer Kriminalisierung psychosozial Erkrankter und zu einer " Symptomverschiebung " (auf Tabletten, Alkohol).

Die Suchtgefährdung der Öffentlichkeit, besonders der Jugend, ist damit, wie wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt sehen, nicht gebannt. Nur der gleichzeitige Ausbau und die Weiterentwicklung therapeutischer Verfahren und Einrichtungen und eine individuell angepasste, differenzierte Therapie können helfen, der Rauschmittelabhängigkeit wirksam entgegenzutreten und damit die auch heute noch ungünstige Prognose zu verbessern. Eine Änderung der suchtauslösenden soziologischen Momente sollte das Fernziel sein.

6) Schlußbemerkung: Die Relevanz von Gegenmaßnahmen ist bei einer Suchtwelle nur äußerst schwer abzuschätzen und z.T. fragwürdig, wenn man nach B e j e r o t (1972) die Sucht als Epidemie versteht: Danach entsteht sie durch das ungünstige Zusammentreffen mehrerer der bereits besprochenen aetiologischen Faktoren. Auf Grund ihrer Kontagiosität breitet sie sich nach dem ihr eigenen " Genius epidemicus " über eine große Anzahl von mehr oder minder krankheitsanfälligen Individuen aus und erreicht eigengesetzlich einen Höhepunkt. Sie klingt ab auf Grund ihrer Eigengesetzlichkeit und aktiver Bekämpfungsmaßnahmen. Sie hinterläßt eine (zeitweise und nur für diese Krankheit) immunisierte Bevölkerung und einen geringen Prozentsatz " Defektgeheilte ".

Unter diesem Aspekt erhebt sich die Forderung nach ergänzenden prophylaktischen Maßnahmen, die B e j e r o t nur unter folgenden Bedingungen gewährleistet sieht:

- Ausschluß sämtlicher suchtgefährdender Drogen (" Erreger ") aus dem "sozialen Milieu".

- Umbildung der Volksmeinung in eine ablehnende Haltung gegenüber jeder Rauschmittelabhängigkeit (" Impfung ").
- Behandlung und Isolierung von bereits Drogenabhängigen (Beseitigung der " Infektionsherde ").
- Langzeitbehandlung chronisch Abhängiger ("Dauerausscheider") in medizinisch beaufsichtigten, isolierten Gemeinschaften.

ZUSAMMENFASSUNG

Untersucht wurden die Ursachen, der Verlauf und die Gründe für das Abklingen der Kokain - und Morphinwelle zwischen 1917 und 1935 und ihre Vergleichbarkeit mit der heutigen Rauschmittelwelle. Obwohl sich grundsätzlich keine direkte Vergleichbarkeit ergab, stellten sich doch klar sechs Punkte heraus, die bei der Betrachtung des Gesamtproblems beachtet werden und mit als empirische Basis für Gegenmaßnahmen dienen sollten:

- 1) Eine ungenügende und lückenhafte pharmazeutisch - juristische Regelung trug bei beiden Wellen zur Suchtausbreitung bei.
- 2) Ebenso wirkten verschiedenartige iatrogene Einflüsse damals wie heute suchtfördernd.
- 3) Vom soziologischen Gesichtspunkt aus betrachtet bergen sowohl Notzeiten (existentielle Bedrohung im materiellen Bereich) wie auch Wohlstandszeiten (existentielle Bedrohung im psychischen Bereich) die Gefahr der epidemieartigen Ausbreitung einer Suchtwelle in sich und führen innerhalb der Süchtigen zu ähnlichen soziologischen Phänomenen.
- 4) Schon aus diesen Gründen ist es erforderlich, bei der psychiatrischen Betrachtung der Suchtpersönlichkeit soziologische Faktoren miteinzubeziehen und auch in der Therapie zu berücksichtigen.
- 5) Der deutlich ersichtliche positive Einfluß der rechtlichen und polizeilichen Maßnahmen impliziert eine gezielte und strikte Anwendung der gesetzgeberischen Möglichkeiten. Sie müssen allerdings begleitet werden von therapeutischen Verfahren und Institutionen, die sowohl nach psychologischen, als auch nach soziologischen Gesichtspunkten konzipiert sind, da andernfalls nur eine " Symptomverschiebung " und/oder eine zunehmende Kriminalisierung eintritt.
- 6) Neu traten in der Gegenwart die Betrachtung und Behandlung der Drogenwellen unter epidemiologischen Gesichtspunkten und die daraus resultierenden Forderungen bezüglich der Prophylaxe hervor.

L I T E R A T U R - V E R Z E I C H N I S

Ackerknecht, E.H.: Suchtprobleme im Lauf der Jahrhunderte. Praxis 60,1006-1009,1971.

Adams, E.W.: Epidemiology of drug addiction. Brit.Medic.Journal 3936, 1217-18, 1936.

Adler, Alexandra: Weiterer Beitrag zur Theorie u. Therapie der Abstinenzbeschwerden bei Morphiumentzug. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 48, 105,1932.

Adler, Alfred: Rauschgift. Intern. Ztg. f. Individualpsych.,10, 1,1932.

Alpers, H.: Bericht über eine Morphin-Entziehungskur mittels Chinin. Mü.Med.Wchnschr. 82,1327,1935.

Aly, W.: Die moderne Auffassung des Morphinismus. Bonn, Med.Diss. 19.2.1926.

Anton, G.,Jakobi, J.: Die Behandlung des Morphinismus durch Insulin und Traubenzucker. Klin.Wchnschr.9,1547,1930.

Aschaffenburg, G.: Zur Einwirkung des Kokains auf das Geschlechtsleben. Dtsch.med.Wchnschr. 51,55, 1925.
Morphiumentziehungskuren. Dtsch.med.Wchnschr.54,1114,1928.

Barth, L.: Die stationäre Behandlung Drogenabhängiger - Möglichkeiten und Grenzen. Schriftenr. Probl. d. Suchtgef.17,Hamm 1972.

Battegay, R.: Selbstmordprophylaxe bei Süchtigen.Z.Präventimed. 10,440,1965.

Bauer, G.: Kriminalistik des Rauschgift-Abusus. Ärztl. Praxis 5, 193, 1972.

Becker, W.: Das Strafrecht im Kampf geg. die Rauschgiftsucht. Med.Welt.12, 1222, 1938.

Bejerot, N.: Addiction,An Artificially Induced Drive. Charles C Thomas, Springfield 1972

Beringer, K.: Der Meskalinrausch. Seine Geschichte und Erscheinungsweise. Berlin 1927.

Bochnik, H.J.: Ref. 74. Tag. Nordwestdsch. Ges. Inn. Med. Hamburg 1970.

Börger, P.: Zur Soziologie der Rauschgifte. Hamburg, Med.F., Diss. 1948.

Bonhoeffer, K.: Einige Schlußfolgerungen aus d. psychiatr. Krankenbewegung während d. Krieges. Arch.f.Psych.u.Nervenkrankheiten 60,721,1919.

Zur Therapie d. Morphinismus. Ther.d.Gegenw.67,18,1926.

Brau, J.-L.: Vom Haschisch zum LSD, Geschichte der Droge. Insel Verlag, Frankfurt/Main 1969.

Bresgen: Rauschgiftsucht u. ihre Bekämpfung. Der öff. Gesundheitsdienst 2.B.,127-131,1936/37.

Bschor, F.: Junge Rauschmittelkonsumenten in Berlin (West). Manuskript 1970.

Bschor, F. et al.: Drogen- und Rauschmittelmißbrauch: Bedingungen-Vorbeugung-Behandlung. Schriftenreihe z.Probl.d.Suchtgef., Dtsch.Hauptst.geg.Suchtgef.,H.17, Hamm, 1972.

Bügler, W.: 6 Fälle von Selbstentziehung bei Morphinismus. Berlin, Med.Diss.1935.

Bumke; Handbuch der Geisteskrankheiten. Spez.Teil, Bd.7.

Bundesministerium f. Jugend, Familie u. Gesundheit: Dokumente zum Drogenproblem. Bonn, 1972.

Cloetta: Über das Verhalten d. Morphiums im Organismus u. die Ursachen d. Gewöhnung an dasselbe. Arch.f.exp.Path.Pharm 50, 453, 1903.

Courtois-Suffit, Giroux, R.: Der Handel mit Kokain seit dem Krieg. J.A.M.A. 77,494,1921.
Ausbreitung des Kokainhandels und Gefahren der Kokainsüchtigkeit. Rev.de méd. 40,482,1923.

Creutzfeldt, H.G.: Histologischer Befund bei Morphinismus mit Morphin-u. Veronalvergiftung. Ztschr.f.d.ges.Neurol.u.Psychiatr. 101,97,1926.

Christiani, E., Stübing, G.: Drogenmißbrauch und Drogenabhängigkeit. Dtsch.Ärzte-Verl., Köln 1973.

Cronholm, B. et al.: Rauschmittel, Mißbrauch und Wirkungen Abhängigkeit erzeugender Drogen. Urban & Schwarzenberg, München 1971.

Dansauer; Rieth: Ueber Morphinismus bei Kriegsbeschädigten. Arbeit und Gesundheit, Heft 18, 1931.

David, E.: Morphinismus und seine Therapie. Med.Welt 2,1202,1928.
Morphin-Entziehungskur nach Kahle. Med.Welt 3,277,1929.

Degkwitz, R.: Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker in der BRD. DAB. 68. H.36,2439,1971 und DAB. 68,H.37 2485,1971.

Dittmer, A.: Über die Diagnose u. Behandlung d. Suchten. Mediz. Welt,5,377,1931.

Dobroschke, Ch.: Das Suchtproblem der Nachkriegszeit. Dtsch. Med. Wchnschr.80,1184,1955.

Dr. S.: Erfahrungen mit langsamer u. radikaler Morphinumentziehung. Mü.Med.Wchnschr.76,1295,1929.

Duensing, E.: Über Entziehungstherapie bei Morphinismus. Kiel, Med.Diss.v.9.Sept.1920.

Ehebal, U.: Sucht ist Flucht. Release, Hamburg 1972.

Erlenmeyer, A.: Zur Theorie und Therapie des Morphinismus. Neuwied,1883.
Zur Theorie u. Therapie des Morphinismus. Ztschr.f.d.ges.Neurol. u. Psychiatrie 103,705,1926.

Esch, V.: Die Lebensdauer der Morphinisten. Bonn, Med.Diss.1933.

Ettinger, A.: Experimentelle Studien über Morphingewöhnung. Berlin, Med.Diss.15.5.1926.

Flaig, J.: Alkohol-u.Rauschgiftbekämpfung. Mü.Med.Wchnschr.82, 625,1935.

Flügel: Wer ist Morphinist. Ztschr.f.ärztl.Fortbildung 35,109, 1938.

Friedländer, A.A.: Über Morphinismus und Cocainismus. Med.Klin. 1577,1913.
Ueber das Wesen und den psycholog. Mechanismus der Suchten (Süchtigkeit). Bemerkungen zu der Arbeit von Dr.Benno Hahn. Münchn. Med.Wchnschr.75,521,1928.

Geilen, E.: Beitrag zur Therapie des chronischen Morphinismus. Kiel, Med.Diss.1928.

Glaserfeld, B.: Über das gehäufte Auftreten des Kokainismus in Berlin. Deutsch.Med.Wchnschr.1920.

Görlitz, W.: Beitrag zur Behandlung der Morphinumkranken. Med. Welt 2,1566,1928.

Graeve, O.: Das Opiumgesetz i.d. Praxis. Med.Welt 9,948,1935.

Gutschmidt, J.: Gewöhnung und Sucht. Psych.-Neurol. Wchnschr.38, 187,1936.

Haack, H.: Die Ergebnisse der Morphiumentziehungskuren an der Göttinger Heilanstalt in den Jahren 1934-1944. Göttingen, Med. Diss. 1945.

Haase, E.: Morphinum-Entziehungskuren im offenen Krankenhaus. Ther.d.Gegenw. 69, 440, 1928.

Haase, E., Wittke, J.: Neue Erfahrungen über Morphiumentziehung im offenen Krankenhaus. Dtsch. Med. Wchnschr. 59, 249, 1932.

Haase, H.-J.: Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten. Janssen GmbH, Düsseldorf 1969.

Hahn, B.: Zur Behandlung der chron. Morphiumerkrankung. Med. Klinik, 22, 1068, 1921.

Über das Wesen und den psychologischen Mechanismus der Suchten (Süchtigkeit). Münchn. Med. Wchnschr. 75, 215, 1928.

Hartmann, H.: Kokainismus und Homosexualität. Dtsch. Med. Wchnschr. 54, 268, 1928.

Haug, K.: Die Leberfunktion beim Mißbrauch von Opiaten und beim chronischen Gebrauch von Schlafmitteln in hohen Dosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie 89, 23, 1934.

Hecht, P.: Über klinische Prüfung von Hustenmitteln aus der Morphingruppe. Klin. Wchnschr. 2, 1069, 1923.

Herha, J.: Erfahrungen mit Haschisch. Ergebnisse einer Befragung von 234 Konsumenten von Cannabis und anderen Drogen in Berlin (West) 1969/70. Med. Diss., Berlin 1973.

Herold, B.: Die Leistungsfähigkeit des Pernocton bei der Morphiumentziehung. Münchn. Med. Wchnschr. 77, 937, 1930.

Herzig, E.: Narkotizismus. Wiener Klin. Wchnschr. 38, 708-710, 1925.

Hildebrandt, F.: Gewöhnung an Genuß- u. Rauschgifte. Klin. Wchnschr. 5, 1755-56, 1926.

Hösslin, R. von: Über die Behandlung des Morphinismus. Münchn. Med. Wchnschr. 71, 1567, 1924.

Hobi, V.: Das Drogenproblem bei Jugendlichen, psychol. u. sozialpsychol. Aspekte. Huber, Bern 1973.

Hogrefe, H.: Über Entziehungskuren bei Morphinismus. Kiel, Med. Diss. 1924.

Hollensteiner, K.-F.: Über Morphinismus u. die Wirkung des Morphins auf den Organismus. Kiel, Med. Diss. 1928 (29).

Honekamp, P.: Das Hypnotikum Pernocton bei der Morphiumentziehungskur. Mü.Med.Wchnschr.75,1415,1928.
Schmerzlose Morphiumentziehung durch Giftbindung. Psych.Neurol. Wchnschr.34,162,1932.

Hornung: Veronal als Hilfsmittel bei der Morphiumentziehung. Münchn.Med.Wchnschr.67,484,1920.

Horst, O.: Die Zunahme des Morphinismus während des Krieges. Kiel, Med.Diss.1921.

Jakobi, J.: Fortschritte bei der Behandlung mit Insulin und Traubenzucker. Monatsschr.f.Psychiatr.u.Neurol.80,221,1931.

Jakob, W.: Zur Statistik des Morphinismus i.d.Vor-u.Nachkriegszeit. Bonn,Med.Diss.1926.

Jansen, J.: Über Morphinismus. Kiel,Med.Diss.29.9.1924.

Joel, E.: Kokainismus. Med.Klinik 19,817,1923.
Ueber Selbsttäuschung u. Selbstvernichtung.Dtsch.Med.Wchnschr.52, 1082-1084,1926.

Joel, E.,Fränkel, F.: Der Cocainismus. Ein Beitrag zur Geschichte u.Psychopath.d.Rauschgifte.Ergebn.d.inn.Medizin 25,Berlin 988-1096,1924.

Zur Verhütung u. Behandlung der Giftsuchten.Klin.Wchnschr.4, 1713,1925.

Kokainismus und Homosexualität.Dtsch.Med.Wchnschr.51,1512,1925.

Öffentliche Maßnahmen geg.den Mißbrauch von Betäubungsmitteln. Klin.Wchnschr.6,1053,1927.

Der Arzt, das Gesetz und die Giftsüchtigen.Klin.Wchnschr.7,1143, 1928.

Beiträge zur experimentellen Psychopathologie.Klin.Wchnschr.8, 549,1929.

John, K.: Zur Bekämpfung des Morphinismus und Cocainismus. Klin. Wchnschr.3,2395,1924.

Juesten, M.-Th.: Über Morphinismus mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung. Bonn,Med.Diss.1922.

Juliusberger, O.: Wie kann man Rauschsüchtigen helfen? Ärztl. Mitt.aus u.für Baden,82,274,1928.

Jung, K.M.: Weltgeschichte. Safari Verlag 1955.

Kahle, H.: Plötzliche oder allmähliche Entziehung des Morphiums. Med.Welt 1,204,1927.

Kahn, E.: Zunahme des Morphinismus. Münchn.Med.Wchnschr.20,1919.

Kahn, E.: Zur Zunahme des Morphinismus. Münchn.Med.Wchnschr.67, 571, 1920.

Kaufmann, A.F.: Der Cocainismus und Morphinismus in der Nachkriegszeit. Allgem.Z.Psychiatr.80,391, 1924.

Kielholz, P., Battagay, R.: Vergleichende Untersuchungen über die Genese und den Verlauf der Drogenabhängigkeit und des Alkoholismus. Schweiz.Med.Wchnschr.97,893, 1967.

Kielholz, P., Ladewig, D.: Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen. Lehmanns, München 1972.

Köhler, W.: Eine Schutzfärbung giftiger Alkaloide, insbes.des Kokains zur Verhinderung des Abusus und von Verwechslungen. Zentralblatt f. Chirurgie 49,1717, 1922.

Kogerer, H.: Erfahrungen über die Hechtsche allergische Reaktion bei Morphinisten. Wien.Klin.Wchnschr.33,1045, 1920.

Kraepelin, E.: Psychiatrie.Bd.3, Leipzig:Bartsch 1909.

Kramer, E.: Beitrag zur psychischen Therapie der Morphinsüchtigkeit. Psych.Neurol.Wchnschr.39,558, 1937.

Kremper, R.: Beiträge zur Psycho-Pathologie und -Therapie des Morphinismus u. verwandter Alkaloid-Intoxikationen. Prakt.Arzt 17, 315 u. 342, 1932.

Kriminalstatistik für die Jahre 1917, 1918, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924; bearbeitet im Reichsjustizministerium u. im statistischen Reichsamt, Berlin 1925.

Kroner, K.: Arzt und Morphinismus. Med.Klinik 24,896, 1928.

Lademann, W.: Beitrag zur Klinik des Morphinismus in den Jahren 1902-1921. Berlin Med.Diss.8.Juni 1922.

Langstein, L.: Über das Schicksal von morphiumsüchtigen Frauen geborener Säuglinge. Med.Klinik 26,500, 1930.

Lattau, W.: Über Cocainsucht. Bonn, Med.Diss. 1925.

Lehmann: Die Bekämpfung des internationalen Handels mit Rauschgiften. Apoth.-Ztg.42,745, 1927.

Lewin, L.: Phantastica. Berlin 1927.

Linz, A.: Gesundheitswesen u. Krankenfürsorge. Der Betäubungsmittelverbrauch im Deutschen Reich. Der Einfluß der Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien u. ihre Abgabe in den Apotheken. Dtsch.Med.Wchnschr.58,1134, 1932.

Lösch, H., Mattke, J. et al.: Drogenfibel, Kindler, München 1971

Loebell, H.: Septumperforationen bei Cocainabusus. Ztschr.f.HNO Heilk. 25,306,1930.

Luthe, F., Schmidt, F.: Morphiumentziehungsbehandlung mit Anermon u. Gynormon. Med.Klin.27,1038,1931.

Maier, H.W.: Der Kokainismus. Leipzig, 1926.

Materialien vom Anti-Drogen-Kongreß Hamburg 1972. Sucht ist Flucht, Drogen und Rauschmittelmißbrauch in der BRD, Analysen, Berichte, Forderungen, Release, Hamburg 1972.

Mattke, D.J.: Stand der Drogenforschung. Fortschr.Med.89,1971.

Mayer, J.: Treatment of Drug Addiction: Past Myths and Present Problems. The Brit.J.of Addiction, To alcohol & drugs, Vol 67, Nr.2, 137-42, June 1972.

Meerloo, A.M.: über die Rauschsucht. Allg.Zeitschr.f.Psychiatrie u. Psych.-gerichtl.Medizin 101,97,1933.

Menninger-Lerchenthal, E.: Die Morphinkrankheit der Neugeborenen morphinistischer Mütter. Monatsschr.f.Kinderheilk.60,182,1934. Intravenöser Morphinismus. Ztschr.f.d.ges.Neurol.u.Psychiatr.149, 514,1934.

Schwangerschaft und Geburt morphinistischer Frauen. Zentr.Bl.f. Gyn.58,1044,1934.

Meyer, E.: Über Morphinismus, Kokainismus u. den Mißbrauch anderer Narkotika. Med.Klinik 20,403,1924.

Bemerkungen zur Behandlung des Morphinismus. Mü.Med.Wchnschr.72, 228,1925.

Zur Morphinentziehung nach Kahle. Dtsch.Med.Wchnschr.54,1370,1928.

Zur Verhütung und Behandlung des Morphinismus. Dtsch.Med.Wchnschr. 54,702,1928.

Meyer, F.M.: Ein Beitrag zum Morphinismus u. zu der Behandlungsmethode nach Kahle. Dtsch.Med.Wchnschr.54,1369,1928.

Die Struktur des Süchtigen. Fortschr.d.Med.50,183,1932.

Grundsätzliches zur Entstehung und Behandlung der Morphinsucht. Wien.Med.Wchnschr.82,985,1932.

Die seelische Hygiene des Morphinkranken. Bl.f.Volksges.Pflege 32, 130,1932.

Ueber einige seltener vorkommende Formen v.Rauschgiftsucht. Mü. Med.Wchnschr.80,732,1933.

Der Sinn u.das Ziel der Behandlung des Morphinkranken. Psych. Neurol.Wchnschr.35,309,1933.

Morphinsucht als Massenproblem. Psych.Neurol.Wchnschr.35,611,1933.

Der Begriff und das Wesen der Morphinsucht. Ztschr.f.aerztl.Fortbildung,30,73,1933.

- Innere Krankheiten u. Morphinsucht. Zentr. Bl. f. inn. Medizin, 914, 1934.
- Das Aufbaujahr des Morphinkranken. Psych. Neurol. Wchnschr. 37, 20-23, 1935.
- Einige zahlenmäßige Ergebnisse an 90 Morphinkranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 154, 499, 1936.
- Junge Morphinkranke. M. Med. Wchnschr. 83, 1749, 1936.
- Die Behandlung von Rauschgiftkranken im Offenen Heim u. ihre Ergebnisse. Psych. Neurol. Wchnschr. 38, 657, 1936.
- Mitscherlich, A.: Vom Ursprung der Sucht. Ernst Klett, Stuttgart 1957.
- Möllenhoff, F.: Über den Stand der Suchtbehandlung. Fortschr. d. Therapie 11, 275, 1935.
- Mutschlechner, A.: Seltene Vergiftungen. Dtsch. Med. Wchnschr. 50, 210, 1924.
- Neutra, W.: Kokainismus und Morphinismus. Wien. Med. Wchnschr. 69, 2443, 1919.
- Niessen, v.: Arzt oder Kokainschieber. Aerztl. Mitt. 28, 595, 1927.
- Oelkers, H. A., Rintelen, K.: Zur Pharmakologie des Cocains. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 170, 239, 1933.
- Offermann, A.: Über die zentrale Wirkung des Cocains u. einiger neuen Ersatzpräparate. Bonn, Med. Diss. 1927.
- Parade, G. W.: Über das Cholin u. seine therapeutische Bedeutung. Ther. d. Gegenwart 70, 158, 1929.
- Pellini, E. J., Greenfield, A. B.: Narcotic drug addiction. II The presence of toxic substances in the blood serum in Morphin Habituation. Arch. Int. Med. 33, 547, 1924.
- Peters, U. H.: Therapiewoche, Heft 6, 1971.
- Petterson, W.: Morphiumentziehung mit Ovarialhormon. Dtsch. Med. Wchnschr. 62, 17, 1936.
- Pilcz, A.: Zur Konstitution der Süchtigen. Jahrbuch f. Psych. u. Neurol. 51, 169, 1934.
- Ärztliches über Rauschgifte. Wien. Med. Wchnschr. 87, 998, 1937.
- Pohlisch, K.: Die Verbreitung des chron. Opiatmißbrauchs in Deutschland, ermittelt auf Grund eines vom Reichsgesundheitsamt zusammengestellten u. geprüften Materials. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 79, 1, 1931.
- Poppe, H.: Bekämpfung der Abstinenzerscheinungen bei plötzlicher Morphinentziehung durch Ephetonin. Klin. Wchnschr. 7, 775, 1928.

Rado, Sándor: Psychoanalyse der Pharmakothymie. I. Das klinische Bild. Intern.Ztschr.f.Psychoanalyse 20, 16, 1934.

Redlich, F.: Rauschgifte und Suchten. Weltwirtschaftliche u. soziologische Betrachtungen zu einem Medizinischen Thema. Bonn, 1929.

Riechert, T.: Prognose der Rauschgiftsuchten. Archiv f. Psychiatr. u. Nervenkr. 95, 103-126, 1931. Med. Diss. Königsberg 1932.

Ripke, H.: Das Verfahren von Hubert Kahle zur schnellen Behandlung des Morphinismus. Dtsch. Med. Wchnschr. 53, 2121, 1927.

Rode, E.: Kritische Gedanken zur Frage der Therapie bei Rauschgiftsucht. Psych.-Neurol. Wchnschr. 33, 115, 1931.

Römer, C.: Die Behandlung des Morphinismus. Klin. Wchnschr. 4, 364, 1925.

Sakel, M.: Theorie der Sucht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 129, 639, 1930.

Neue Behandlung der Morphinsucht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 143, 506, 1933.

Schadewaldt, H.: Medizinhistorische Betrachtungen zum Rauschgiftproblem. Ärztl. Praxis, Sonderdruck XXIII Jhg. 80, 3591-3593, 81, 3635-3638, 1971.

Schaller, H.: Erfahrung über Morphinismus u. Behandlung von Morphinisten in einer Privatanstalt. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 159, 349, 1937.

Scharpff, W.: Ueber Entziehungskuren mit Pernokton. Dtsch. Med. Wchnschr. 57, 2103, 1931.

Scheurlen, v.: Morphinismus, Kokainismus und Opiumgesetz. Aertzt. Sachverst. Ztg. 33, 289, 1927.

Schlomer, G.: Die Methode der Wahl für die Morphiumentziehung. Med. Welt 2, 1569, 1928.

Kahles Wunderkuren. Dtsch. Med. Wchnschr. 57, 247, 1931.

Schmidt, G.: Selektion in der Heilanstalt. 1939-1945. Stuttgart 1965.

Schmidt, P.: Neuere Anwendungsmöglichkeiten des Atophanyls. Ther. d. Gegenwart 70, 46, 1929.

Schmitz, H.: Erfahrungen bei der Behandlung Morphiunkranker. Mü. Med. Wchnschr. 71, 551, 1924.

Schneider, K.: Suchten. Dtsch. Med. Wchnschr. 59, 1423, 1933.

Schultze, E.: Morphinismus und Opiumgesetz. Münchn.Med.Wchnschr. 75,731,777,1928.

Schwarz, H.: Über die Prognose des Morphinismus. Monatsschr.f. Psych.u.Neurol.63,180,1927.
Weitere Untersuchungen zur Prognose des Morphinismus. Monatsschr. f.Psych.u.Neurol.84,257,1932.

Siemerling, E.: Morphinismus und andere Alkaloidsuchten, die i.d. Nervenlinik Kiel von 1901-1926 beobachtet sind. Psych.neurol. Wchnschr.30,233,1928.

Simon, A.: Gedanken zur Frage der Bekämpfung der Rauschgiftkrankheiten. Fortschr.d.Medizin 48,219,1930.

Simon, C.: Survey of the narcotic problem. J.A.M.A. 82,675-679, 1924.

Sioli, F.: Der Stand des Morphinismus. Klin.Wchnschr.5,1797,1926.

Speer, E.: Das Problem der Sucht. Ztschr.f.d.ges.Neurol.u.Psych. 157,579,1937.
Morphiumentziehung im Dämmer Schlaf. Dtsch.Med.Wchnschr.57,355, 1931.

Spiegel, L.A.: Zur Frage des Morphinismus unter besonderer Berücksichtigung d. Prognose. Arch.f.Psychiatr.u.Nervenkr.106,188, 1937.

Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich (1911-1938). Statistisches Reichsamt,Berlin,1913,1916,1922,1926,1929,1931,1933.

Steinböck, S.: Soziologische Problematik des Drogenkonsums. Wissensch.Arbeit z.Erl.d.Gr.ei.Dipl.Soz.,Staatswirtschaftl.Fak. München,1971.

Stössel, J.: Psychopharmaka-die verordnete Anpassung. Piper, München 1973.

Straus, E.: Zur Pathogenese des chron. Morphinismus. Berlin, Med.Diss.12.April 1920.

Stringaris, M.: Die Haschischsucht,Psychopathologie,Klinik,Soziologie,Kriminologie.Monograph.a.d.Gesamtgeb.d.Neurol.u. Psychiatr.68,Berlin1939.

Thomas, W.: Mitwirkung der Kriminalpolizei bei der Bekämpfung der Rauschgiftsuchten.Der öffentl.Gesundheitsdienst,1B,125-127,1935/36.

Thompson, T.,Pickens, R.: Drug Self-Administration and Conditioning.Hannah Steinberg(Ed.):Scientific Basis of Drug Dependence.Churchill,London 1969.

Tress, R.: Die Behandlung des Morphinismus. Greifswald, Med. Diss. 3. Nov. 1920.

Vögel, J.: Über den Einfluß chronischen Narkotikagebrauchs auf die Funktion der weiblichen Genitalien. Arch. f. Frauenk. 15, 157, 1929.

Von einem Arzte: Morphinum und Kokain. Münchn. Med. Wchnschr. 72, 346/7, 1925.

Wanke, K.: Neue Aspekte zum Suchtproblem. Habil. Manusk. Frankfurt 1971.

Weger, P., Amster, C.: Weiteres zum Problem der Gewöhnung an Morphin. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 181, 489, 1936.

Weiss, C.: Beiträge zum Morphinismus. Mü. Med. Wchnschr. 74, 1371, 1927.

Weiss, O. L.: Entziehungskuren mit Pernocton. Dtsch. Med. Wchnschr. 58, 1963, 1932.

Weiss, R. F.: Technik d. Morphinum-Entziehungskuren. Med. Welt 3, 276, 1929.

Über die Behandlung der Neugeborenen morphiumsüchtiger Frauen. Med. Klinik 26, 1192, 1930.

Weiss, W.: Zur Kenntnis des Morphinismus. Königsberg, Med. Diss. 30. Juli 1920.

Wichmann, K.: Morphinismus und Psychopathie. Frankfurt, Med. Diss. 1923.

Wiggen, H.: Über Morphinismus. Kiel, Med. Diss. 15. Sept. 1924.

Woker, A. F.: Zur Morphinum-Entwöhnung mit Eumecon. Med. Klinik 24, 68, 1928.

Wolff, P.: Die Suchten und ihre Bekämpfung. Apoth.-Ztg. 42, 229, 247, 270, 294, 1927.

Zur Behandlung und Bekämpfung d. Alkaloidsuchten (Morphinismus, Kokainismus usw.). Auswertung einer Rundfrage. Dtsch. Med. Wchnschr. 54, 349, 1928.

Aus den Parlamenten. Zur Behandlung der Rauschgiftfragen im Strafausschuß des Reichstags. Dtsch. Med. Wchnschr. 54, 2030, 2075, 1928.

Zur Behandlung u. Bekämpfung der Alkaloidsuchten (Morphinismus, Kokainismus usw.). Auswertung einer Rundfrage. Dtsch. Med. Wchnschr. 54, 7, 51, 134, 224, 266, 349, 387, 1928.

Die neue Verordnung über das Verschreiben von Opiaten u. Kokain. Dtsch. Med. Wchnschr. 57, 113, 1931.

Wuth, O.: Ueber Morphinismus (I. Die Entstehung d. Krankheitsscheinungen). Mü. Med. Wchnschr. 70, 1266, 1923.

Wuth, O.: Ueber Morphinismus. (II. Bemerkungen zur Therapie). Mü. Med. Wchnschr. 71, 893, 1924.

Neue Wege in der Therapie des Morphinismus. Klin. Wchnschr. 8, 508, 1929.

Der heutige Stand unserer Kenntnisse über die Physiopathologie der Morphingewöhnung-u. Abstinenz, sowie deren Therapie. Nervenarzt 6, 617, 1933.

Über Morphinismus. Entstehung, Beurteilung des Krankheitsbildes, Behandlung. Med. Klin. 30, 956, 1934.

Zur Erbanlage der Süchtigen. (Kombinierte Süchtigkeit). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 153, 495, 1935.

Zutt, J.: Zur Psychologie der Sucht. Zentralblatt f. d. ges. Neurol. u. Psych. 83, 712, 1937.

Herrn Professor Dr. med. Heinz Dietrich
danke ich für die Überlassung des The-
mas und für die Unterstützung bei der
Durchführung dieser Arbeit. Bedanken
möchte ich mich auch für die Anregungen
und hilfreichen Ratschläge bei Herrn
Professor Dr. med. Hanns Hippus, Dr.
med. Max von Clarmann, Dr. med. Peter
Molitor und Frau Wolf.

L E B E N S L A U F

Am 18. August 1946 wurde ich als Sohn von Frau Annemarie Geiger in Kreuth / Bayern geboren.

Nach fünfjährigem Besuch der Volksschule Kreuth und neunjährigem Besuch des Humanistischen Gymnasiums Tegernsee legte ich im Juni 1966 die Reifeprüfung ab.

Im Anschluß an eine zweijährige Militärdienstzeit begann ich im Sommer - Semester 1969 das Medizinstudium in München, wo ich 1970 die naturwissenschaftliche und 1971 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Am 17. Dezember 1974 bestand ich dort auch das Medizinische Staatsexamen.

